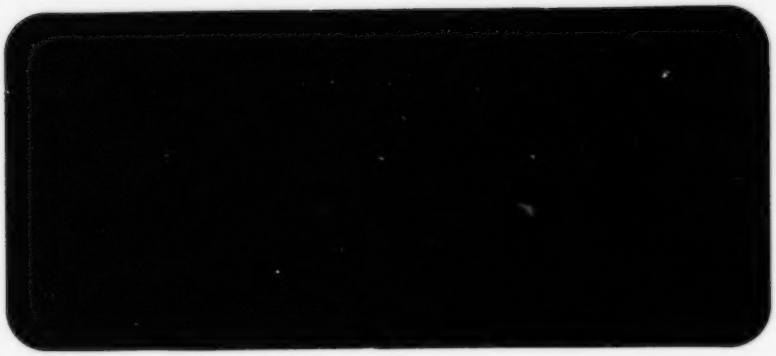
Rapport annuel 2007-2008

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Rapport annuel
2007-2008

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des
services sociaux de la Côte-Nord

NOTE
Dans ce texte, le masculin est pris dans
son sens générique et désigne aussi bien
les femmes que les hommes

COORDINATION
Nancy Bilodeau, conseillère aux affaires corporatives
Sandra Morin, adjointe à la présidente-directrice générale

MISE EN PAGE
Karine Poirier, agente administrative

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2008

Dépôt légal - 4e trimestre 2008
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque de l'Assemblée nationale
ISBN 978-2-89003-203-3

Mot du président du conseil d'administration

Monsieur le Ministre,

Le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence) est heureux de vous présenter le rapport d'activité 2007-2008 qui permet de témoigner de l'évolution des services de santé et des services sociaux pour la population nord-côtière. Ce document rend compte des efforts et de l'engagement des membres du conseil d'administration et du personnel de l'Agence au regard de l'accomplissement de sa mission.

L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services à la population compte au premier rang des préoccupations du conseil d'administration. À ce sujet, rappelons que, l'an dernier, le conseil d'administration a nommé un commissaire aux plaintes et à la qualité des services et qu'il a aussi créé un comité de vigilance et de la qualité chargé d'analyser les plaintes et d'assurer leur suivi. Dans le prolongement de ces nouvelles responsabilités, le comité de vigilance et de la qualité se sera réuni à une occasion en 2007-2008.

Ce rapport témoigne aussi du souci des membres du conseil d'administration quant à la saine gestion et à la performance du réseau de la santé et des services sociaux nord-côtier. Une attention particulière a été accordée à la poursuite, dont l'atteinte pour la majorité, d'objectifs convenus dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité. Le respect de l'équilibre budgétaire ainsi que la consolidation et le développement de services, dont nous tenons à préciser l'influence positive redevable aux travaux sur l'équité interrégionale, constituent également des sujets auxquels nous avons consacré des séances de travail.

Afin d'assurer la meilleure équité possible quant au financement des organismes communautaires, le conseil d'administration a mandaté un comité composé de deux de ses membres, de représentants des organismes communautaires et de personnel de l'Agence afin de réviser le cadre de financement déjà établi. Les nombreuses consultations et discussions effectuées ont permis de satisfaire les principales attentes des acteurs impliqués.

Parmi les responsabilités assumées par les membres du conseil d'administration au cours de cette année, citons également le renouvellement de la majorité des membres du Forum de la population ainsi que la nomination et la désignation de membres de conseils d'établissements, selon les exigences des gouvernes locales ou encore d'autres instances consultatives à l'Agence comme la Commission infirmière régionale, la Commission multidisciplinaire régionale et le comité de vigilance et de la qualité.

En terminant, à l'instar des dernières années, nous soulignons les résultats positifs énumérés dans ce document. Or, nous devons aussi réaffirmer le fait qu'ils sont souvent tributaires de la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée. Cette dernière représente à la fois un défi et un enjeu dans la poursuite de la mission du réseau et c'est pourquoi le conseil d'administration et le personnel de l'Agence demeurent hautement préoccupés par les besoins présents et futurs en région de la main-d'œuvre médicale, professionnelle et technique ainsi que par son développement et sa rétention.

Nous vous remercions, Monsieur le Ministre, ainsi que l'équipe ministérielle, pour votre soutien constant et votre souci d'équité envers notre région. Nous vous réitérons notre profond engagement envers l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord et nous vous assurons que c'est avec intérêt et détermination que nous continuerons de relever cette mission.

Le président du conseil d'administration,

Réginald Caron

Rapport de la présidente-directrice générale

DEUX ENJEUX, UNE PRIORITÉ!

Les réalisations de l'Agence de la Côte-Nord en cette année 2007-2008 ont suivi deux axes principaux liés aux enjeux majeurs du réseau de la santé et des services sociaux : la perte d'autonomie liée au vieillissement et la pénurie de personnel.

La perte d'autonomie liée au vieillissement

En vue de rencontrer le défi de société posé par le vieillissement de la population et en cohérence avec son plan d'action, l'Agence investit, année après année, la majeure partie des budgets de développement de la région dans l'amélioration des services aux aînés. La majorité des sommes sont employées à élargir et à intensifier la couverture en services à domicile. À ce chapitre toutefois, le réseau de la santé et des services sociaux de notre région est confronté à des difficultés particulières en raison de la rareté de logements adaptés à la perte d'autonomie.

Afin de promouvoir le développement de ressources le plus près du milieu de vie, l'Agence a profité de différentes tribunes pour sensibiliser les décideurs locaux et régionaux. En plus d'interventions dans les médias, l'Agence a traité de cette préoccupation lors de rencontres avec les membres des conseils d'administration d'établissements au moment d'une visite dans chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Une rencontre avec le conseil d'administration de la Conférence régionale des élus (CRÉ) et des discussions avec certains maires ont permis de faire connaître les défis posés au réseau nord-côtier et de solliciter leur collaboration vis-à-vis le logement des aînés.

Un grand obstacle demeure toutefois : l'éloignement de la Côte-Nord des grands centres, l'étendue de son territoire et son caractère rectiligne, la dispersion de ses communautés, l'isolement de certaines d'entre elles ainsi que la faible densité de la population entraînent des coûts de construction élevés (coûts accrus des matériaux et de leur transport, logement, alimentation et transport des travailleurs pour la durée des travaux). Ce phénomène est un obstacle majeur à la création de petites ressources près du milieu de vie pour les personnes en perte d'autonomie. La rentabilité de telles ressources s'avère quasi impossible, ce qui élimine les projets issus de l'entreprise privée.

À ces coûts extraordinaires, s'ajoute l'impossibilité, pour de petites communautés, de contribuer suffisamment aux coûts d'implantation d'une ressource dans leur milieu. Ce sont donc des organismes sans but lucratif qui tentent de répondre aux besoins des aînés à l'aide de programmes de subvention qui ne sont pas suffisamment adaptés à ces réalités. L'Agence contribue donc à des projets dans la mesure de ses possibilités (subvention, achat de places de ressources intermédiaires, soutien temporaire au budget de fonctionnement, etc.). Ainsi, cette année, quatre projets ont reçu une subvention : l'agrandissement d'une ressource d'hébergement à Forestville, la construction d'une résidence pour aînés à Baie-Comeau, la transformation d'une ressource de type familial en ressource intermédiaire à Port-Cartier et la création d'une ressource d'hébergement à Aguanish.

Par ailleurs, des initiatives nouvelles en 2007-2008 ont permis de diversifier le soutien aux aînés en perte d'autonomie. Trois projets de convalescence posthospitaliers ont été implantés dans les territoires de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et de

Sept-Îles, dont deux reposent sur une collaboration étroite entre le CSSS et un organisme communautaire. En soutien aux proches aidants, des sommes ont été consenties pour rehausser les mesures de répit et soutenir particulièrement les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les difficultés de recrutement et de rétention du personnel et des effectifs médicaux

La pénurie grandissante de personnel professionnel et d'encadrement dans toutes les régions menace la réponse aux besoins de la population par le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Des résultats présentés au chapitre II du présent rapport permettent d'appréhender ce phénomène. Dans plusieurs cas, il est impossible de livrer des services lors de l'absence d'un intervenant professionnel. L'absence d'université contribue à l'exode des jeunes qui quittent la Côte-Nord pour étudier et finissent souvent par obtenir un emploi dans des régions universitaires ou à proximité. Il est très rare qu'un professionnel vienne s'établir en Côte-Nord sans garantie d'emploi. Il est donc quasi impossible de recourir à des personnes du milieu pour effectuer des remplacements. Cela entraîne le recours à des professionnels hors région occasionnant des coûts de déplacement et séjour.

La Côte-Nord qui faisait déjà appel aux agences privées pour du dépannage en soins infirmiers compte maintenant sur cette main-d'œuvre pour assurer les services tout au long de l'année. L'absence ou la rareté de pharmaciens dans des établissements obligent à du dépannage à grand frais, pendant des périodes qui se comptent en années pour certains établissements. Les psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes manquent déjà à l'appel et on appréhende les pénuries qui seront occasionnées par la prolongation de la formation des uns et la protection de l'exercice de certaines fonctions pour les autres.

Parallèlement à ces réalités, la Côte-Nord perd, petit à petit, des « avantages concurrentiels » au plan des conditions de travail au fur et à mesure que d'autres régions en difficulté reçoivent un soutien à cet effet. Une grande vigilance est exercée par les établissements et l'Agence afin de ne pas prendre de recul.

En accord avec le plan de main-d'œuvre ministériel, la Côte-Nord s'est dotée cette année d'un plan régional de main-d'œuvre. Celui-ci repose sur une action mieux coordonnée de l'ensemble des acteurs en ressources humaines, ce qui, nous l'espérons, nous permettra de faire face au défi qui nous confronte.

Cet enjeu mobilise aussi les acteurs sociaux et économiques de notre région. S'appuyant sur les acquis de la concertation intersectorielle développée en santé publique depuis plusieurs années (voir le rapport du directeur de santé publique), l'Agence participe avec la CRÉ, le Forum jeunesse Côte-Nord, la direction régionale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et la direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), les organismes dédiés à l'enseignement postsecondaire et des entreprises à des projets de concertation régionale. On vise la valorisation auprès des jeunes de la vie sur la Côte-Nord, le retour des jeunes en région après leurs études, la promotion de la Côte-Nord en général et le soutien des initiatives pour le recrutement et la rétention de personnel dans tous les secteurs d'activité.

La formation en région est au menu des travaux avec le rehaussement des stages, la formation continue, etc. Les liens créés par ce réseautage portent déjà des fruits. Prenons pour exemple le projet de formation d'une cohorte d'ambulanciers détenteurs d'une attestation d'études collégiales (AEC). Issu d'une collaboration étroite entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence, le Cégep de Baie-Comeau, le Cégep de Chicoutimi et les entreprises ambulancières, ce projet aide la région à satisfaire ses besoins de main-d'œuvre dans ce secteur tout en créant des opportunités d'emplois de qualité pour des Nord-Côtiers.

Toujours dans la perspective de relever le défi de la main-d'œuvre, l'Agence a soutenu financièrement l'initiative du CSSS de Manicouagan visant la réorganisation du travail dans le secteur infirmier. Le soutien financier a été attribué sous la condition que

cette expérience soit exportable dans les autres établissements de la Côte-Nord et que l'expertise de la firme des consultants auxquels ce travail serait confié soit accessible à tous. Cela a permis une démarche ouverte, pour tous les établissements, qui va améliorer l'efficience des ressources.

Dans un autre secteur stratégique de prestation de services de santé, la Côte-Nord est la région qui fait appel le plus souvent à des médecins dépanneurs. Les établissements consacrent de plus en plus de ressources à la prévention des ruptures de services. L'application de plans de contingence et la sollicitation de médecins dépanneurs sont devenues des activités courantes qui mobilisent davantage de personnel que jamais. Heureusement que, malgré la mauvaise presse dont ils font la cible, les plans régionaux d'effectifs médicaux, ces outils de répartition de la main-d'œuvre médicale, ont le soutien constant du MSSS. L'Agence consacre beaucoup de temps à soutenir les établissements de façon ad hoc dans la recherche de solutions à des menaces de ruptures de services médicaux spécialisés alors qu'il est primordial de procéder à l'établissement de corridors de services stables à l'intérieur du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS). La création d'une direction des affaires médicales et de la santé physique ainsi que l'ajout d'une ressource dans ce secteur d'activité devraient nous permettre de consolider et développer de tels liens avec nos partenaires.

Une priorité : les aînés atteints de maladies chroniques

Un des outils essentiels pour relever le défi du vieillissement de la population consiste à offrir un soutien médical et professionnel intégré et continu aux personnes qui présentent des maladies chroniques (maladie cardio-vasculaire, maladie pulmonaire obstructive chronique, cancer, diabète), et ce, le plus tôt possible dans l'histoire de leur maladie. La pénurie et le roulement de main-d'œuvre médicale en Côte-Nord rendent cette perspective presque impossible. Si la responsabilité de l'*infirmière pivot* est valable dans les grands centres, il devient primordial en raison de ce phénomène régional.

Par ailleurs, le concept de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, reposant sur un gestionnaire de cas, apparaît comme une réponse intéressante aux besoins de soutien des aînés. L'*infirmière pivot* et le gestionnaire de cas peuvent cheminer de façon parallèle dans des régions à fort volume de population, leur application de façon séparée, dans une région comme la nôtre, nous apparaît comme une perte d'efficience.

À l'instar de la majorité des régions du Québec, la Côte-Nord a retenu les maladies chroniques comme priorité d'action en 2007-2008. C'est auprès des personnes de plus de 65 ans, atteintes de maladies chroniques, que la région a fait le choix d'implanter une approche intégrée d'intervenant pivot. Nous comptons offrir une continuité des services à cette clientèle mal desservie et qui malheureusement se retrouve à l'urgence où on ne pourra apporter une réponse concrète et globale à ses besoins. Les CSSS de Sept-Îles et de la Minganie seront les fers de lance de cette approche.

UN DÉFI ÉMERGENT : LA COORDINATION DES SERVICES OFFERTS AUX AUTOCHTONES

La population autochtone compte pour près de 9,2 % de la population nord-côtière et se répartit dans huit communautés montagnaises et une naskapie. Cette dernière dispose d'un CLSC intégré dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

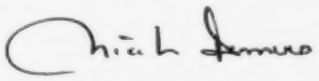
Les communautés innues, pour leur part, assurent les services de première ligne offerts sur leur territoire à même leur enveloppe budgétaire globale et certains programmes spécifiques consentis par le gouvernement fédéral. Les autres services sont assumés par le réseau québécois.

La coordination des services entre les dispensaires montagnais et le réseau québécois est primordiale compte tenu de la culture et la langue distinctes, de l'état de santé précaire de cette population et de sa croissance démographique. L'Agence a pris l'initiative de dédier une ressource à cette coordination. Une table régionale a été créée où sont présents des représentants des

dispensaires innus et des CSSS. Deux projets sont au menu : l'harmonisation des plans de lutte à une pandémie d'influenza et un plan d'action pour l'harmonisation des services de santé physique et de santé mentale. Ce dernier a été présenté au Fonds de transition pour la santé autochtone (FTSA) du ministère de la Santé du Canada.

L'Agence vise à renforcer la continuité des services offerts à la clientèle autochtone et à maintenir un lieu d'échange qui permette aux réseaux de services autochtones et québécois de mieux faire face aux défis de morbidité croissante et de vieillissement de cette population.

La présidente-directrice générale,



Nicole Demers

Rapport du directeur de santé publique

La Loi sur la santé publique demande au directeur de faire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions prises pour l'améliorer.

Les faits saillants des interventions de santé publique pour l'année 2007-2008 portent sur le développement social, les plans d'action gouvernementaux (PAG), la réorganisation des services de santé au travail et les activités de surveillance.

LA SURVEILLANCE ET LE PORTRAIT DE SANTÉ

Le troisième rapport d'Enquête Santé Côte-Nord a été publié au printemps 2008. Cette enquête, qui se tient aux cinq ans depuis 1995, est une idée originale du service de surveillance et évaluation qui permet d'approfondir la connaissance concernant les perceptions et les comportements de la population nord-côtière. L'approche par thème favorise l'utilisation des résultats pour améliorer et adapter la programmation de services aux besoins de notre population. Cette enquête s'inscrit en continuité avec l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes. Ainsi, en rejoignant un plus grand nombre de personnes, nous obtenons un portrait significatif pour tous les territoires de CSSS.

Le service de surveillance diffuse également un bulletin sur des sujets spécifiques. Ce bulletin, *La santé recherchée*, publié depuis juin 2002, a comme objectif principal de transmettre des données sociosanitaires pertinentes aux établissements du réseau de la santé et à ses principaux partenaires. *La santé recherchée* permet une compréhension des données épidémiologiques puisqu'il présente une analyse des données concernant une maladie ou une problématique particulière, tant en fonction de la prévalence des facteurs de risque que de l'organisation des services.

Ces deux outils concernant l'analyse et la diffusion de données sur le portrait de santé de la population nord-côtière constituent la base pour la surveillance. Le défi pour les prochaines années consiste à maintenir l'utilisation dynamique de ces deux outils et, idéalement, constituer un infocentre qui permettrait une mise à jour périodique des données sociosanitaires par territoire de CSSS.

LA SANTÉ AU TRAVAIL

L'organisation des services en santé au travail a fait l'objet d'une révision en 1992. Depuis ce temps, plusieurs éléments ont modifié l'environnement administratif et professionnel. Sur le plan administratif, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et le MSSS ont convenu d'intervenir sur la base d'entente de gestion qui stipule les clientèles à rejoindre et les objectifs à atteindre. Au niveau professionnel, nous avons eu à gérer le développement de nouveaux services obligeant l'acquisition de connaissances de pointe pour les intervenants. Également, nous devons souligner que la pénurie de ressources professionnelles nous incite à améliorer leur encadrement dans l'optique de les retenir dans un milieu de travail dynamique et favorisant le développement de connaissances.

Le nouveau plan d'organisation, approuvé par les directeurs généraux des CSSS du territoire, consiste à centraliser la gestion des équipes locales et à consolider l'équipe régionale. Le CSSS de Sept-Îles est devenu, par appel d'offres, le mandataire du

réseau local des services de santé au travail. En Basse-Côte-Nord et dans la MRC de Caniapiscau, les services sont dorénavant assumés par les professionnels du CSSS de Sept-Îles. Le traitement des demandes de retrait préventif des travailleuses enceintes ou qui allaitent ne relève plus de l'équipe régionale de santé au travail mais de l'équipe locale de Manicouagan. Ce changement s'inscrit dans l'orientation que les dossiers nécessitant un service direct à la clientèle relèvent maintenant des équipes locales.

Finalement, cette réorganisation permettra de consolider des programmes de formation pour maintenir et développer l'expertise de nos intervenants. Une équipe régionale complète favorisera une planification axée sur les meilleures pratiques professionnelles et, conséquemment, une plus grande efficience. Nous maintenons une approche de concertation avec la CSST régionale qui facilite une adaptation des interventions aux réalités et aux besoins des travailleurs et des employeurs.

LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Le développement social et le Réseau des partenaires a été particulièrement actif en 2007-2008. Les faits marquants : la tenue de l'Escale 2007, à l'automne, et un forum régional, en février 2008, concernant l'implantation des PAG sur la pauvreté et l'exclusion sociale et celui sur les saines habitudes de vie.

L'Escale 2007, qui se veut une rencontre bisannuelle des intervenants impliqués dans le développement social, a réuni près de 175 personnes à Havre-Saint-Pierre. Cette activité permet d'accroître l'expertise des intervenants et de développer des stratégies de développement social dans une approche de collaboration et de concertation. Les participants proviennent de milieux différents tels que ministères et organismes publics, organismes communautaires, municipalités, etc.

Le thème de l'Escale 2007, la gouvernance, a permis de mettre en évidence les initiatives des élus pour accélérer le développement socioéconomique de la Côte-Nord. Que ce soit la construction d'une route en Basse-Côte-Nord, la consolidation de l'industrie de l'aluminium, l'exploitation des richesses minières et forestières, la construction de logements pour retenir les retraités et les personnes âgées, on constate que les élus travaillent à créer une société dynamique.

Le levier dont dispose l'Agence et la CRÉ pour soutenir le développement social consiste en une entente administrative qui permet la concrétisation d'un réseau des partenaires du développement social et du développement des communautés de la Côte-Nord. Cette entente a été renouvelée pour une période de cinq ans, soit jusqu'en 2012. Un nouveau plan d'action 2007-2010 lui permet de poursuivre sa mission de faire reconnaître, promouvoir et s'assurer de la prise en compte du développement social et du développement des communautés comme des composantes du développement de la Côte-Nord.

En relation avec sa mission, le Réseau des partenaires joue le rôle de conseiller principal auprès de la CRÉ, de l'Agence et des partenaires régionaux; il est l'organisme responsable de l'information et de la sensibilisation, il concrétise l'intersectorialité dans les dossiers touchant le développement social et il soutient les chantiers locaux responsables de réaliser des projets à l'échelle des territoires de MRC.

L'autre événement majeur fut la tenue d'un forum, à Sept-Îles, le 21 février 2008, intitulé « Ensemble pour une société meilleure! ». Ce forum est issu de la volonté de cinq partenaires qui souhaitaient une action concertée dans l'implantation de deux PAG. Concrètement, les organismes du milieu frappent souvent aux mêmes portes pour obtenir soutien et subvention pour réaliser leurs projets. Les résultats tangibles de ce forum se traduisent par des engagements des partenaires. Ces engagements sont :

- Instaurer des comités locaux dans chacune des MRC pour soutenir la concertation et l'élaboration de projets;
- Accélérer le processus de traitement des projets;
- Assurer la cohésion et la complémentarité pour l'utilisation des différents fonds et programmes existants;
- Maintenir une instance régionale de concertation représentant les cinq partenaires pour assurer le suivi des engagements.

Finalement, nos leaders régionaux et leurs partenaires privilégiés s'engagent à être à l'écoute pour assurer la concrétisation des projets et des plans d'action locaux. Chacun de ces organismes, soit l'Agence, la CRÉ, le MESS, le MELS, le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR), Service Canada, le Réseau des partenaires, le Forum jeunesse Côte-Nord, Québec en Forme et l'Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord (URLS), a désigné un représentant à un comité exécutif qui devra s'assurer que les projets et plans d'action sont organisés pour utiliser de façon maximale les leviers financiers disponibles pour leur réalisation.

CONCLUSION

Les investissements en santé publique, même s'ils sont modestes, entraînent des effets importants comme le témoigne le développement social.

À cet effet, nous avons d'autres exemples de concertation avec nos partenaires qui ont entraîné des retombées en 2007-2008. Ainsi, l'Agence, la CRÉ et le Forum jeunesse Côte-Nord ont convenu d'une entente triennale pour promouvoir l'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes familles nord-côtières. L'implantation de Québec en Forme sur la Côte-Nord est un autre bel exemple : ce programme, commandité par la Fondation Chagnon et le gouvernement du Québec, vise à soutenir des initiatives du milieu favorable à l'acquisition de saines habitudes alimentaires et à l'activité physique chez les jeunes nord-côtiers.

Sur la Côte-Nord, nous constatons que la voie de la concertation a donné des résultats concrets pour orienter les interventions de plusieurs organismes régionaux. Cette coordination dans l'application des programmes ministériels se répercute par un plus grand nombre de retombées pour la population en termes de prévention et de promotion de la santé.

Nous tenons à souligner notre appréciation à tous ces individus et organismes qui participent au développement d'une société meilleure!

Le directeur de santé publique,

Raynald Cloutier, m.d.

Déclaration par la présidente-directrice générale

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2007-2008.

Signé à **Baie-Comeau** le **17 juin** 2008

Nom : **Nicole Demers**

Titre : **Présidente-directrice générale**

Table des matières

CHAPITRE I - Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

La région 3
La mission 3
Le conseil d'administration 4
Le code d'éthique et de déontologie 4
Le Forum de la population 5
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 6
La Commission infirmière régionale 7
La Commission multidisciplinaire régionale 7
Le Département régional de médecine générale 8
Le comité régional sur les services pharmaceutiques 9
Le comité de gestion du réseau - Côte-Nord 10
La structure de l'Agence 10
Les établissements 12
Les communautés autochtones 13
Les organismes communautaires 14
Les ressources intermédiaires et de type familial 17
Les ressources humaines 17
Les ressources et la sécurité des actifs informationnels 19
Les communications 20

CHAPITRE II - Les services à la population

LES SERVICES GÉNÉRAUX 27
1. Ligne Info-Santé/Info-Social 27
   1.1 Info-Santé 27
   1.2 Info-Social 27
2. Services infirmiers et psychosociaux généraux 28
3. Effectifs médicaux 29
4. Services offerts aux femmes en violence conjuga'e et en agression sexuelle 30
   4.1 Violence conjugale 30
   4.2 Agression sexuelle 30

LA SANTÉ PHYSIQUE 31
1. Services d'urgence 31
2. Soins palliatifs 32
   2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie 32
   2.2 Lutte contre le cancer 32
   2.3 Dépistage du cancer du sein 33
3. Chirurgie 34
4. Accès aux services spécialisés 34
5. Groupe de médecine de famille 36
6. Services préhospitaliers d'urgence 36
7. Faits saillants 39
   7.1 PACS et télésanté 39
   7.2 Dossier de santé du Québec 39
   7.3 Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval 40

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 40
1. Services dans la communauté - perte d'autonomie liée au vieillissement 40
2. Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 41
3. Maintien dans la communauté - perte d'autonomie liée au vieillissement 42

4. Habitation sociale 43
5. Hébergement en CHSLD 43
6. Faits saillants 44
6.1 Amélioration des services en CHSLD 44
6.2 Plan d'action régional 44
6.3 Ressource d'hébergement non institutionnel 45
6.4 Résidences privées pour personnes âgées 45
6.5 Système régional d'admission 46
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE 47
1. Soutien à domicile 47
2. Services spécialisés 48
3. Services de première ligne - personnes handicapées 49
4. Faits saillants 49
4.1 Intensification des services spécialisés en déficience physique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive 49
4.2 Services d'audiologie pour l'est de la région et déficience auditive 50
4.3 Développement de places d'hébergement 50
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 51
1. Soutien à domicile - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement 51
2. Services spécialisés - déficience intellectuelle 52
3. Services spécialisés - trouble envahissant du développement 53
4. Accès aux services - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement 54
5. Faits saillants 54
5.1 Programme de soutien aux organismes communautaires 54
5.2 Services d'intervention comportementale intensive pour la clientèle TED 54
5.3 Services spécialisés - clientèle DI et TED 54
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 55
1. Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté 55
2. Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté 56
3. Service d'intervention en situation de crise - jeunes en difficulté et leur famille 56
4. Services de santé mentale en centre jeunesse - jeunes en difficulté et leur famille 57
5. Faits saillants 57
5.1 Loi sur la protection de la jeunesse 57
5.2 Travailleur de rue 58
5.3 Maisons de jeunes 58
LES DÉPENDANCES 59
1. Services de première ligne - toxicomanies 59
2. Jeu pathologique 59
LA SANTÉ MENTALE 60
1. Services de première ligne 60
2. Services de deuxième ligne 61
3. Services de crise et d'intégration dans la communauté 62
4. Services d'urgence 63
5. Faits saillants 63
5.1 Soutien d'intensité variable 63
5.2 Accès aux services de deuxième ligne 63
5.3 Équipe de deuxième niveau en santé mentale et protocoles d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse 63
5.4 Plan d'actinn syndrome Gilles de la Tourette 64
5.5 Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité 64
LA SANTÉ PUBLIQUE 64
1. Prévention et promotion de la santé 64
1.1 Saines habitudes de vie (0-5-30) 64
1.2 Prévention et promotion - jeunes familles 68
1.3 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire « École en santé » 69
1.4 Santé dentaire 70
1.5 Traumatismes non intentionnels 70

2. Développement social 71
3. Santé environnementale 71
4. Santé au travail 72
5. Maladies infectieuses 73
5.1 Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang 73
5.2 Prévention et contrôle - infections nosocomiales 74
5.3 Maladie à déclaration obligatoire 76
5.4 Vaccination 77
5.5 Faits saillants 78
6. Surveillance et évaluation 78
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 78
1. Personnel du réseau et du Ministère 78
2. Mesures de contrôle 79
3. Qualité des services et traitement des plaintes 79
3.1 Qualité des services 79
3.2 Traitement des plaintes 81
4. Adaptation des services selon le sexe 81
4.1 Condition de vie des femmes 81
4.2 Condition de vie des hommes 82
5. Accès aux services en langue anglaise 82

CHAPITRE III - Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 85
1. Équilibre budgétaire 85
2. Gestion des bâtiments et des équipements 86
3. Fonds régionaux 87
3.1 Immobilisations 87
3.2 Équipements 89
3.3 Location d'espace 90
3.4 Autorisations d'emprunts 91
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 92
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 93
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 94
1. Résultats 94
2. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 107

ANNEXES

A - Code d'éthique et de déontologie
B - Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2007-2008
C - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2007

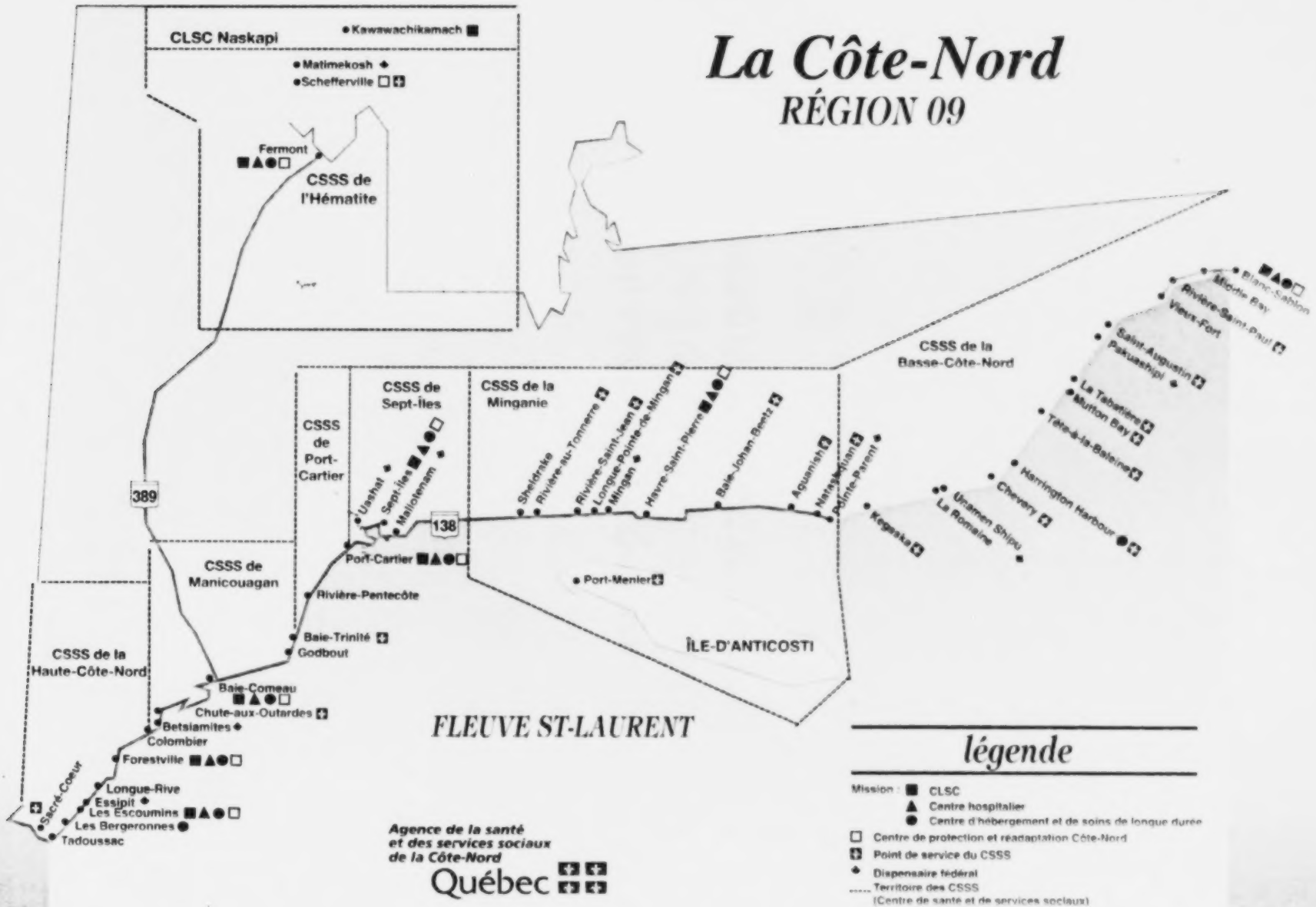
FIGURE

1 - Organigramme au 31 mars 2008 11

Liste des acronymes et des abréviations

AEC	Attestation d'études collégiales
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
AMP	Activités médicales particulières
ANCATED	Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement
APAME	Association des parents et amis du malade émotionnel
A.Q.E.A.	Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité
ARSE	Association régionale du Sport Étudiant de la Côte-Nord
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUREQ	Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CCS	Centre de communication santé
CDD	Centre de dépistage désigné
CGR	Comité de gestion du réseau
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIPS	Centre d'intervention et de prévention du suicide de la Côte-Nord
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRAM	Directeurs régionaux des affaires médicales
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
EGI	Ententes de gestion et d'imputabilité
ETC	Équivalents temps complet
EVAQ	Évacuations aéromédicales du Québec
Forum	Forum de la population
FTSA	Fonds de transition pour la santé autochtone
GMF	Groupe de médecine de famille
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
I-CLSC	Intégration CLSC
ICI	Intervention comportementale intensive
IIP	Infection invasive à pneumocoque
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAMR	Ministère des Affaires municipales et des Régions
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
n/a	Ne s'applique pas
PACS	Système d'archivage numérique des services de radiologie
PAG	Plans d'action gouvernementaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNF	Programme national de formation
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSSP	Programme de subventions en santé publique
RETAQ	Rassemblement des employés techniciens ambulanciers paramédics du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
S/O	Sans objet
SST	Santé et sécurité au travail
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TED	Trouble envahissant du développement
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UMF	Unité de médecine familiale
URLS	Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord


La Côte-Nord
RÉGION 09
CLSC Naskapi
Kawawachikamach
Matimekosh
Schefferville
Fermont
CSSS de l'Hématite
CSSS de la Basse-Côte-Nord
CSSS de Sept-Îles
CSSS de la Minganie
CSSS de Port-Cartier
CSSS de Manicouagan
CSSS de la Haute-Côte-Nord
389
138
Uashat
Sept-Îles
Maliotenam
Sheldrake
Rivière-au-Tonnerre
Rivière-Saint-Jean
Longue-Pointe-de-Mingan
Mingan
Havre-Saint-Pierre
Baie-Johan-Beetz
Aquanish
Natashquan
Pointe-Parent
Kegaska
Blanc-Sablon
Middle Bay
Rivière-Saint-Paul
Vieux-Fort
Saint-Augustin
Pakuashipi
La Tabatière
Mutton Bay
Tête-à-la-Baleine
Harrington Harbour
Chevery
Unamen Shipu
La Romaine
Port-Cartier
Port-Menier
Rivière-Pentecôte
Baie-Trinité
Godbout
Baie-Comeau
Chute-aux-Outardes
Betsiamites
Colombier
Forestville
Longue-Rive
Essipit
Les Escoumins
Les Bergeronnes
Tadoussac
Sacré-Cœur
ÎLE-D'ANTICOSTI
FLEUVE ST-LAURENT
légende
Mission :
CLSC
Centre hospitalier
Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Centre de protection et réadaptation Côte-Nord
Point de service du CSSS
Dispensaire fédéral
Territoire des CSSS
(Centre de santé et de services sociaux)
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Québec

Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

CHAPITRE I

La région

La Côte-Nord compte 94 206 habitants selon les plus récentes projections de population diffusées par le MSSS pour l'année 2007. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent un peu plus de la moitié des habitants de la région, soit 52 %. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés montagnaises et une naskapie. Les autochtones comptent pour près de 9,2 % de la population nord-côtière, soit 8 680 personnes.

La population de la Côte-Nord est aussi un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. En 2007, les statistiques révèlent que 30,3 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 29,8 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs moins nombreuses qu'au Québec même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 12,3 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 14,4 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones sauf en Basse-Côte-Nord où 62 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 375 personnes.

La mission

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et coller aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

Le conseil d'administration

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2008.

Bossé, Isabelle	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
Calderisi, David M.	Membre coopté	Blanc-Sablon
Caron, Réginald (président)	Organismes socioéconomiques	Baie-Comeau
Detroio, Anthony	Centres de santé et de services sociaux	Port-Cartier
Dubé, Roger	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
Foster, Céline (vice-présidente)	Comité des usagers des établissements	Forestville
Gauthier, Anne	Organismes représentatifs du milieu syndical	Baie-Comeau
Landry, Jacques	Organismes socioéconomiques	Natashquan
Mousseau, Robert	Membre coopté	Fermont
Ouellet, Alain	Organismes du secteur public de l'enseignement	Baie-Comeau
Picard-Kanapé, Marcelline	Communautés autochtones	Betsiamites
Pinel, Pierre	Autres établissements - CPRCN	Baie-Comeau
Rossignol, Bertrand	Organismes communautaires	Sept-Îles
Verret, Stéphane	Commission multidisciplinaire régionale	Sept-Îles
Demers, Nicole	Présidente-directrice générale	Baie-Comeau

Un poste était vacant au 31 mars 2008 soit le représentant de la Commission infirmière régionale. Au total, sept rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008, dont une par conférence téléphonique.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2008 :

- Calderisi, David M. (président)
- Gauthier, Anne
- Pinel, Pierre

A également siégé à ce comité, M. Anthony Detroio (du 1er avril 2007 au 8 novembre 2007). Durant l'année qui vient de s'écouler, trois réunions ont été tenues.

Le code d'éthique et de déontologie

En novembre 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord adoptait un nouveau code d'éthique et de déontologie (annexe A) pour les administrateurs. Ce dernier répond aux modifications apportées à la gouverne régionale par le projet de loi 28. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Ce code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. En février 2003, un comité d'éthique et de déontologie a été mis sur pied et compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui ont fait partie de ce comité du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

- Ouellet, Alain
- Picard-Kanapé, Marcelline
- Verret, Stéphane

À noter que, au cours de l'année 2007-2008, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

Le Forum de la population

Le Forum de la population est une avenue novatrice visant à connaître le point de vue des citoyens et des usagers des services de santé et des services sociaux sur l'organisation des services. Le Forum associe la population à la définition des orientations régionales en matière de santé et de services sociaux.

Instance consultative auprès de l'Agence, le Forum est composé de 15 membres. Il est responsable :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

En 2007, le Forum a été renouvelé puisque le mandat de ses membres était terminé. Voici la liste des personnes qui composent cette instance ainsi que les territoires ou catégories représentés.

Boudreau, Carol	Territoire du CSSS de Port-Cartier	Port-Cartier
Carbonneau Hounsell, Lise	Personne âgée de 55 ans et plus	Natashquan
Cummings, René	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Desjardins, Lyse	Comité des usagers	Baie-Comeau
Einish, Sam	Territoire du CLSC Naskapi	Kawawachikamach
Émond, Claudine	Territoire du CSSS de Manicouagan	Ragueneau
Harel-Montigny, Denise	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
Lebrun, Harold	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Lepage, Michel	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Mauger, Dan	Communauté anglophone	Chevery
Pellerin, Nicole	Territoire du CSSS de la Haute-Côte-Nord	Colombier
Rodgers, Louise	Territoire du CSSS de la Minganie	Rivière-Saint-Jean
Roy, Mélanie	Personne de 35 ans et moins	Fermont
Synnott, Claude*	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau

* M. Synnott a remis sa démission en cours d'année.

Le poste représentant les communautés montagnaises est toujours vacant. Aucune rencontre n'a eu lieu en 2007-2008.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Dans le cadre de ses responsabilités, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est appelée à se prononcer sur les diverses questions entourant l'organisation des services médicaux spécialisés en région, notamment l'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des plans d'organisation de services, la définition d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, le déploiement des équipements médicaux spécialisés, les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et l'instauration des corridors de services proposés par le RUIS.

Le comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée comprend dix membres. À titre de représentants des chefs de département de médecine spécialisée, nous retrouvons :

➲ Dre Isabelle Bossé	Chef du département d'obstétrique et de gynécologie	CSSS de Sept-Îles
➲ Dr Édouard Botton	Chef du département clinique de radiologie	CSSS de Sept-Îles
➲ Dr Guillaume Dumont	Chef du département de psychiatrie	CSSS de Sept-Îles
➲ Dr Yves Girard	Chef du département de médecine interne	CSSS de Manicouagan
➲ Dr Stéphane Guay (vice-président)	Chef du département de chirurgie	CSSS de Sept-Îles
➲ Dre Marie-Claude Lebel (présidente)	Chef du département de chirurgie	CSSS de Manicouagan
➲ Dre Suzanne Roberge	Chef du service de gynécologie	CSSS de Manicouagan
➲ Dr Stéphane Thériault	Chef du département d'anesthésiologie	CSSS de Sept-Îles

La présidente-directrice générale (PDG), madame Nicole Demers, de même que le directeur de santé publique et des affaires médicales, docteur Raynald Cloutier, complètent d'office la composition de cette instance.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, dont la création date de juin 2006, s'est réunie à trois reprises au cours de l'année, notamment pour y aborder les sujets suivants :

- Programme d'investissement en haute technologie;
- RUIS et tables sectorielles;
- Plan d'effectifs médicaux en médecine spécialisée pour l'année 2007-2008 et organisation au regard des postes régionaux;
- Accessibilité aux services médicaux spécialisés;
- Contingence dans les spécialités à effectifs insuffisants;
- Avis à la PDG de l'Agence au regard de certains dossiers touchant l'organisation des services en médecine spécialisée, notamment en hémodialyse;
- Maladies chroniques.

La Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services infirmiers. Au 31 mars 2008, la composition de la CIR était la suivante.

Berthelot, Marlène (présidente)	Direction des soins infirmiers - Responsable des soins infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Chamberland, Danie	Membre observateur	CSSS de l'Hématite
Deschênes, Yvonne	Membre coopté	CSSS de Manicouagan
Fournier, Juliette	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Gagnon, Brigitte	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Sept-Îles
Joncas, Martine	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
Monger, Marielle	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Morin, Isabelle	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	CSSS de Manicouagan
Savard, Lucie	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Manicouagan
Talbot, Manon	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Thériault, Andrée	Direction des soins infirmiers - Responsable des soins infirmiers	CSSS de Port-Cartier
Tremblay, Nathalie	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
Vigneault, Mireille	Membre observateur	CSSS de la Minganie
Boivin, Lise	Personne désignée par la PDG	Agence

En 2007-2008, la CIR a tenu trois rencontres. La pénurie d'infirmières a été au cœur des discussions.

La Commission multidisciplinaire régionale

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers. Voici les membres de la CMuR au 31 mars 2008.

Audit, Georges	Cégep de Baie-Comeau
Bergeron, Caroline	CPRCN (Centre jeunesse, Sept-Îles)
Blais, Denis	CPRCN (Centre jeunesse, Baie-Comeau)
Bossé, Gervais	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Landry, Karine	CPRCN (Centre Le Canal)
Lebel, Annie	CSSS de Port-Cartier
Martel, Hélène	CSSS de l'Hématite
Rioux, Anne	CSSS de Manicouagan
Salvas, Chantal	CPRCN (Centre L'Émergent, Sept-Îles)
Verret, Stéphane	CSSS de Sept-Îles
Castonguay, Réal	Agence

Aucune consultation n'a été demandée auprès de la CMuR pour l'année 2007-2008. Une seule rencontre par conférence téléphonique fut tenue afin de proposer une candidature au ministre de la Santé et des Services sociaux afin de représenter la CMuR au sein du conseil d'administration de l'Agence. Monsieur Stéphane Verret a par la suite été nommé par le ministre.

Le Département régional de médecine générale

Créé en fonction de l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins œuvrant en établissement.

Ses principaux mandats :

- Faire des recommandations sur le plan des effectifs médicaux touchant les omnipraticiens;
- Définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et s'assurer de sa mise en place;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes considérés prioritaires;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales prioritaires;
- Évaluer l'atteinte des objectifs quant au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et au plan des effectifs en omnipratique.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef du département, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction :

Dre Chantal Baril	Sept-Îles
Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	Baie-Comeau
Dr Pierre Gosselin	Port-Cartier
Dr Rémi Mercier	Les Escoumins
Dr Pierre Moore	Havre-Saint-Pierre
Dr Raynald Pilon	Fermont
Dre Claudette Viens	Bergeronnes
Poste vacant	Blanc-Sablon

Au cours de l'année 2007-2008, le comité de direction s'est réuni à trois reprises.

Voici quelques sujets abordés :

- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier;
- Mesures incitatives non négociées;
- Gestion du plan d'effectifs en omnipratique, détermination des objectifs de croissance aux établissements, octroi d'avis de conformité;
- Méthode de calcul sur la répartition des effectifs médicaux selon le MSSS;
- Gestion des ententes particulières :
  - Plan régional des effectifs médicaux (PREM);
  - Activités médicales particulières (AMP);
  - Lettres d'ententes;
- Programme de boursiers en médecine de famille;
- Implantation du dossier de santé du Québec (DSQ);
- Projet d'informatisation des résultats de laboratoire dans les cliniques privées;
- Renouvellement de certains projets des groupes de médecine de famille (GMF);

- Détermination des besoins en omnipratique;
- Équipements médicaux spécialisés (travaux du comité);
- Accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable et orpheline;
- Ordonnances collectives;
- Table sectorielle du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) en douleur chronique;
- Projet perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) - maladies chroniques.

Le comité régional sur les services pharmaceutiques

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le CRSP exerce entre autres les mandats suivants :

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. Madame Alice Bourgeois, présidente du comité, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction :

Bourgeois, Alice (présidente)	Chef de département	Sept-Îles
Lacombe, Christine	Pharmacien propriétaire	Baie-Comeau
Rousseau, Sylvie	Pharmacien en établissement	Baie-Comeau

Un poste était vacant au 31 mars 2008, soit le représentant du collège réservé au pharmacien communautaire. Siègent également au sein du CRSP, la PDG, madame Nicole Demers, le directeur de santé publique et des affaires médicales, Dr Raynald Cloutier, et la professionnelle responsable du dossier pharmacie, madame Mylène Lebrun-Paré.

Au cours de l'année 2007-2008, le CRSP s'est réuni à trois reprises.

Voici quelques sujets abordés :

- Ordonnances collectives;
- Politique du médicament;
- Projet de mise en place de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec (SARDM);
- Pénurie de pharmaciens;
- Télépharmacie.

Le comité de gestion du réseau - Côte-Nord

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, la PDG de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plate-forme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à 13 reprises, au cours de l'année 2007-2008, dont huit rencontres par conférence téléphonique.

La structure de l'Agence

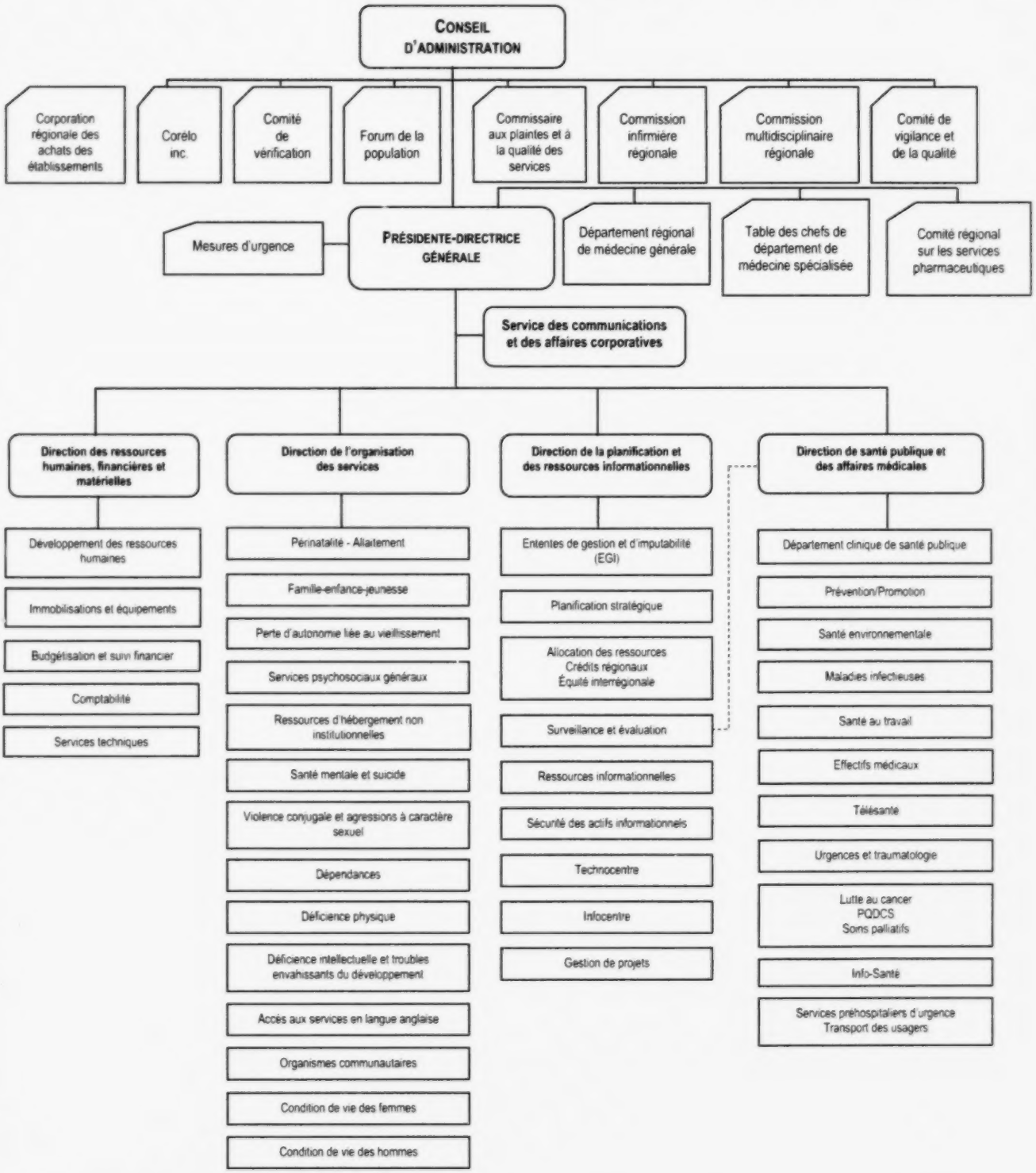
Au 31 mars 2008, le plan d'organisation de l'Agence repose sur cinq directions :

- Direction générale;
- Direction de santé publique et des affaires médicales;
- Direction de l'organisation des services;
- Direction des ressources humaines, financières et matérielles;
- Direction de la planification et des ressources informationnelles.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et l'organigramme de l'Agence.

EFFECTIF DE L'AGENCE AU 31 MARS 2008		EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Employé cadre	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13	13
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
	Cadre en stabilité d'emploi	1	1
Employé régulier	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	58,73	56,75
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1,7	3,12
	Employés en sécurité d'emploi	0	0
Employé occasionnel	Heures rémunérées	23 037,91	24 571,09
	Équivalents temps complet (ETC)	12,62	13,46

FIGURE 1 - ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2008



Les établissements

La région compte neuf établissements dont sept CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

LA MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social aux Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté montagnaise d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 12 224 habitants.

LA MRC DE MANICOUAGAN

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte deux points de service : Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La MRC de Manicouagan regroupe 32 637 habitants. Ce territoire débute avec la communauté montagnaise de Betsiamites et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 23 007 habitants, est la municipalité la plus populeuse de ce territoire administratif.

LA MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 33 808 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 26 463 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 044 résidents. Ce secteur compte également la communauté montagnaise de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert principalement les résidents de Port-Cartier et des environs, soit 7 345 personnes.

LA MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 3 637 personnes.

Le CSSS de l'Hématite est situé dans la ville de Fermont qui compte 2 695 personnes. Il dessert une population de 2 961 habitants.

Légalement constitué en 2001, le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie à Kawawachikamach (676 habitants).

LA MRC DE LA MINGANIE

C'est à Havre-Saint-Pierre (3 200 habitants) que se trouve le CSSS de la Minganie qui compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont l'un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). On retrouve deux communautés autochtones sur le territoire. La MRC de la Minganie compte une population de 6 458 habitants.

LA BASSE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 442 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés montagnaises.

Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés dans lesquels sont offerts des services de dispensaire.

UNE MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en toxicomanie ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont dispensés dans toutes les MRC, y compris sur le territoire de la Basse-Côte-Nord.

Les communautés autochtones

La Côte-Nord est, de toutes les régions du Québec, celle qui compte le plus grand nombre de communautés autochtones. En effet, 8 680 personnes résident dans l'une ou l'autre des neuf communautés de la région, soit huit montagnaises et une naskapie.

La nation naskapie de Kawawachikamach reçoit tous ses services du système québécois de santé et de services sociaux en vertu de l'entente du Nord-Est québécois. Le CLSC Naskapi a été créé en 2001, et la population a accès aux services médicaux et hospitaliers de même qu'aux services sociaux et de réadaptation dispensés par le réseau nord-côtier.

Les communautés montagnaises assument les services de première ligne offerts dans les réserves, aux personnes qui y résident, à même des budgets consentis par le gouvernement fédéral. Elles ont des ententes de service avec le réseau québécois pour les services de protection de la jeunesse et de réadaptation. Par ailleurs, les Montagnais ont accès aux services du réseau québécois dispensés hors réserve comme les services hospitaliers, de réadaptation ou d'hébergement de longue durée.

Les organismes communautaires

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) nous permet de soutenir 99 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 8 902 289 $, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre de la sécurité alimentaire et du programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS en termes de reddition des comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de ces états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à chaque professionnel d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire. Par cette démarche, l'Agence est en mesure d'apporter l'aide requise aux organismes en difficulté et aussi de témoigner de l'importante contribution sociale de ces groupes dans la mission globale d'amélioration de la santé et du bien-être de la population nord-côtière.

FINANCEMENT PSOC			
Organisme	**Subvention 2006-2007 ($)**	**Subvention 2007-2008 ($)***	**Catégorie**
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	12 249	17 595	Troubles envahissants du développement
Actions Sida Côte-Nord	53 060	54 227	VIH-SIDA
Ado-Cité - Maison de jeunes	35 703	36 334	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord inc.	10 363	10 591	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	17 072	17 448	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	19 955	20 185	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc. (APAME)	65 414	66 853	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	13 713	17 311	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	22 689	23 188	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau		2 030	Déficience physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	10 734	10 970	Déficience physique
Association l'Envolée de la Côte-Nord	12 800	13 082	Santé mentale
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	12 250	14 186	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de Sept-Îles inc. (APAME)	65 719	72 165	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord	5 996	6 128	Déficience physique
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	22 186	25 235	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	65 288	75 324	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	113 085	116 573	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	202 923	209 544	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	54 996	56 206	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord	274 525	296 965	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Côte-Nord	233 606		Assistance et accompagnement / Centre d'écoute téléphonique
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	104 348	159 616	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	135 633	141 497	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 046	2 091	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	142 519	159 486	Centres de femmes
Centre de jeunes La Zone	2 061		Maisons de jeunes
Centre des femmes de Forestville	142 264	159 366	Centres de femmes
Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord	335 309	362 539	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	103 285	108 854	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances

FINANCEMENT PSOC (suite)			
Organisme	Subvention 2006-2007 ($)	Subvention 2007-2008 ($)*	Catégorie
Centre femmes aux quatre vents	142 220	159 345	Centres de femmes
Centre Joie de vivre de Port-Cartier inc.	49 549		Personnes âgées
Centre Le Volet des femmes	145 757	160 983	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	9 388	13 273	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	9 349	12 192	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	16 179	41 535	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	19 818	31 072	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	29 318	31 572	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	13 748	15 160	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	29 318	31 072	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	12 612	3 787	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	3 216	3 859	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	2 611	3 445	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	28 604	30 344	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	14 185	19 997	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	14 185	19 997	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	181 091	185 075	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 046	2 091	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	12 175	26 177	Santé mentale
Espace Côte-Nord	107 028	109 383	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	55 005	56 215	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	66 495	67 958	Santé mentale
Hom'asculin Port-Cartier	37 959	38 134	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles	38 959	48 546	Autres ressources hommes
La croisée, un organisme de justice alternative	221 819	226 699	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	476 737	542 825	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	28 651	29 072	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	97 092	99 228	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	83 011	84 813	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	28 651	29 072	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	46 090	42 611	Maisons de jeunes
La Maison le Zen-Hits	9 277		Maisons de jeunes
La Percée	12 800		Santé mentale
La Vallée des Roseaux	319 516	364 278	Santé physique
L'Alliance des femmes	142 312	160 148	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	75 634	77 298	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 043	1 066	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	16 516	16 879	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	253 108	271 758	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	2 308	3 256	Maintien à domicile
Le Créam	137 028	148 714	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Port-Cartier	9 731	9 945	Déficiences multiples
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	33 497	30 146	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	55 006	56 216	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	145 768	162 161	Déficiences multiples
L'Entre-deux-Tournants	60 773	59 965	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'or	27 364	29 966	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	27 341	27 943	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	29 089	29 729	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	66 671	131 324	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	63 884	65 289	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	406 817	467 766	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté

FINANCEMENT PSOC (suite)			
Organisme	Subvention 2006-2007 ($)	Subvention 2007-2008 ($)*	Catégorie
Maison de transition Baie-Comeau inc.	171 531	175 305	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	478 341	554 985	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes « La Source » Minganie	65 675	69 541	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	34 639	35 247	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	22 236	23 836	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	35 703	36 334	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	74 700	76 319	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	501 733	574 049	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	14 348	14 664	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	15 492	16 108	Déficiences multiples
Nouveau regard	5 817	5 945	Santé mentale
Point de rencontre inc.	183 892	192 078	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	11 917	12 179	Santé mentale
Répit Richelieu	139 101	183 041	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	25 939	31 784	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	20 864	25 279	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	9 175	9 377	Déficience physique
Table de concertation des associations de pers. hand. de la Côte-Nord		3 000	Concertation et consultation générale
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	65 288	82 963	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	59 708	69 339	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	23 086	26 232	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	141 927	149 716	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**8 311 252**	**8 902 289**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**102**	**99**	

Note : À compter de 2007-2008, nous présentons le financement total versé durant l'année qui comprend, entre autres, les volets mission globale, entente spécifique et projet ponctuel. Les données 2006-2007 sont présentées différemment, par conséquent elles ne peuvent pas être comparées à celles de l'exercice financier 2007-2008.

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire et du programme PAPA.

FAITS SAILLANTS

À la suite d'une vaste consultation, le conseil d'administration de l'Agence a adopté en janvier 2008 le cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord. Ce document représente le nouvel outil qui établit les prémisses des relations avec les groupes communautaires. Il précise également les responsabilités et dicte les normes qui viennent orienter les prises de décision en lien avec le PSOC.

En 2007-2008, l'Agence a augmenté à 10 000 $ récurrent son budget pour la formation des organismes communautaires permettant aux groupes de développer et de perfectionner leurs connaissances ainsi que leur expertise.

Les ressources intermédiaires et de type familial

Le réseau nord-côtier de ressources intermédiaires et de type familial au 31 mars 2008 se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- 118 familles d'accueil avec 326 places*;
- Une ressource intermédiaire de deux places.

* Ces chiffres excluent les familles d'accueil autochtones.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- 61 résidences d'accueil dénombrant 262 places;
- 16 ressources intermédiaires disposant de 136 places.

En 2006, des ententes sont intervenues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation et les associations dûment reconnues à titre d'organismes représentatifs des ressources intermédiaires et de type familial. Seule l'association regroupant les résidences d'accueil pour adultes et aînés et les ressources intermédiaires de neuf places et moins n'a pas encore signé un tel accord avec le MSSS. Ces ententes visent le développement d'une charte ou d'un code d'éthique à l'intention des intervenants, des ressources et des usagers. On y poursuit également comme objectif d'assurer l'équité entre les ressources ainsi que d'instituer une procédure de traitement et de règlement des mésententes.

Sur la Côte-Nord, ce sont 97 familles d'accueil de même que les trois ressources intermédiaires de dix usagers et plus qui avaient signé les nouveaux contrats enchâssés dans ces ententes au 31 mars 2008.

Les trois établissements concernés par ces ententes ont adopté une politique de règlement et de traitement des mésententes. L'Agence s'est également dotée d'une procédure d'examen pour mettre fin à une mésentente entre une ressource familiale ou intermédiaire et l'établissement gestionnaire. Au cours de l'année 2007-2008, aucune situation ayant fait l'objet d'une mésentente n'a été rapportée.

Les ressources humaines

La Côte-Nord fait face à une problématique criante de pénurie de main-d'œuvre causée notamment par la baisse de sa population et sa difficulté à attirer les travailleurs de l'extérieur à venir s'y établir.

Cette situation affecte particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux et englobe presque toutes les professions dans les différentes catégories d'emploi et secteurs d'activité.

Par le passé, nous avons fait plusieurs tentatives pour contrer ce phénomène, sans pour autant parvenir à trouver des solutions à long terme, situation que nous voulons corriger.

L'Agence s'est dotée, au cours de la présente année, d'un plan d'action régional dans le cadre de la planification de la main-d'œuvre. Cette responsabilité est également dévolue à chaque établissement, au plan local. Ces outils, espérons-le, permettront de contrer la pénurie qui affecte le réseau.

L'Agence a participé à différentes activités de promotion et de recrutement dans le but de soutenir les différents établissements de la Côte-Nord, tant au plan régional que provincial.

ENTENTE 3R

L'Entente 3R est une entente administrative triennale portant sur le retour des jeunes dans la région, le renforcement de l'identité régionale et le rayonnement de la Côte-Nord.

Trois promoteurs de la région, dont l'Agence, s'associent à la CRÉ à l'hiver 2007 et allient leurs forces et leurs ressources pour agir plus efficacement en matière d'exode des jeunes et de pénurie de main-d'œuvre qui frappent fortement la région.

La méconnaissance de la Côte-Nord sur la scène québécoise de même que la perception négative des possibilités régionales s'avèrent également des préoccupations majeures que nous retrouvons au cœur de l'Entente 3R, en raison de leur impact très important sur l'identité régionale.

Avec un engagement d'une somme maximale de 150 000 $, l'Agence se situe au rang des principaux chefs de file dans l'application de cette stratégie, assumant ainsi un rôle de coordination et de direction.

Nous estimons que l'effet de synergie, créé par le biais de cette entente, amplifiera les gains de l'Agence et des établissements, en termes de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre. Nous croyons aux retombées positives de ce projet et sommes heureux de nous y associer.

FORMATION

Plus de 996 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région ont pris part aux activités de formation, d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire nord-côtier.

Vingt-sept sessions différentes ont été tenues portant sur des sujets aussi variés que l'équilibre de vie, la gestion du temps et des priorités, la gestion du stress, le programme de formation sur les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients, la session d'information dans le dossier du curateur public, la gestion des plans de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI), le programme national de formation (PNF), la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), la formation aux membres des comités des usagers et des résidents des établissements, l'intervention auprès des hommes en détresse ainsi que diverses formations adressées au personnel de bureau sur l'utilisation de logiciels informatiques.

Plusieurs membres du personnel des établissements, employés et bénévoles des organismes communautaires ont profité également de ces activités. Le service de formation-réseau de l'Agence a été partenaire dans la tenue de quatre colloques, soit « S'ouvrir aux réalités masculines / Devenir homme - homme en devenir », le « Colloque Côte-Nord santé et services sociaux - Habitation sociale », le « Forum régional Côte-Nord - Ensemble pour une société meilleure! » ainsi que le colloque du comité régional du personnel d'encadrement.

La préparation, l'organisation et la tenue de ces multiples activités de formation de même que notre implication dans diverses activités liées à l'informatique et notre soutien aux établissements auront requis près de 145 000 $ d'investissements du service de développement des ressources humaines-réseau.

Grâce à ces interventions et à la collaboration remarquable des établissements et des organismes communautaires, nous contribuons ainsi au maintien et au développement des compétences de toutes ces personnes qui œuvrent auprès de ceux qui requièrent des services de santé et des services sociaux.

APPUI À LA CORPORATION DES SERVICES UNIVERSITAIRES DU SECTEUR OUEST DE LA CÔTE-NORD

L'absence de services universitaires stables sur la Côte-Nord et la volonté des gens du milieu de se doter d'une infrastructure qui en permet l'accès s'avèrent autant d'éléments qui ont stimulé la création d'une instance dédiée à la promotion, au développement et au maintien des services universitaires dans notre région. La Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord a besoin de partenaires financiers afin d'arriver à signer des ententes de service avec les universités et ainsi assurer la pérennité de la formation universitaire.

Actuellement, certaines cohortes étudiantes dans le secteur des soins infirmiers et des services communautaires ont été mises sur pied à Baie-Comeau. La formation sur place permet ainsi à des professionnels de la santé de poursuivre leur formation en cours d'emploi.

Un des moyens pour contrer l'exode des jeunes et pour favoriser la rétention du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord consiste à offrir à nos jeunes et à nos professionnels un meilleur accès à la formation universitaire. Dans cet optique, c'est avec enthousiasme que nous avons conclu une entente de partenariat avec la corporation d'une durée de cinq ans afin de :

- Assurer l'accès à la formation universitaire;
- Favoriser la formation;
- Soutenir la formation supérieure de qualité;
- Faciliter la formation spécialisée.

Les ressources et la sécurité des actifs informationnels

Au cours de l'année 2007-2008, une importante modernisation du réseau de télécommunication sociosanitaire québécois a été réalisée. Cette modernisation visait l'augmentation de la bande passante, l'aplanissement de la structure hiérarchique du réseau ainsi que l'ajout de services comme la priorisation du trafic. Ces modifications étaient nécessaires en attendant le remplacement du réseau, prévu en 2009. En Côte-Nord, si la majorité des sites ont bénéficié de cette démarche, d'autres, plus éloignés, sont toujours aux prises avec des problématiques liées au manque de capacité et de fiabilité.

Dans une autre veine, l'émergence de l'informatisation des services cliniques a suscité l'amorce d'une réflexion en région afin d'assurer une meilleure adéquation entre les services informatiques requis, les attentes et la capacité budgétaire du réseau nord-côtier. Plus spécifiquement, l'Agence, de concert avec les établissements de la région, a entrepris une démarche afin de doter la région d'un plan d'affaires en ressources informationnelles. Essentiellement, en plus d'assurer un arrimage avec la démarche initiée par le MSSS concernant l'optimisation des ressources informationnelles du réseau, le plan d'affaires entend définir les rôles et responsabilités entre les partenaires, convenir des services partagés ainsi que prévoir l'architecture technologique requise aux fins des besoins identifiés.

En ce qui a trait à la sécurité des actifs informationnels, mentionnons que le CGR - Côte-Nord s'est prononcé favorablement à une refonte de l'architecture du Technocentre régional. Cette démarche questionne notamment l'emplacement des salles serveurs du Technocentre afin d'accroître la complémentarité et la disponibilité des systèmes informatiques.

Finalement, l'année 2007-2008 aura épargné l'Agence ainsi que l'ensemble des établissements de la région de situations majeures au niveau des incidents de sécurité.

Les communications

Jouant un rôle crucial dans l'information à la population, le service des communications s'assure de répondre aux demandes des médias en accordant des entrevues, émettant des communiqués de presse ainsi qu'en tenant des conférences de presse et des assemblées publiques. L'Agence considère essentiel que la population et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux soient informés de tout sujet d'intérêt public de son ressort. Une centaine d'entrevues sont accordées annuellement et le service des communications a répondu à plusieurs demandes d'information des médias sur divers sujets d'actualité. La crise qui a sévit au CSSS de la Basse-Côte-Nord et la mise en tutelle de l'établissement ont occupé l'espace médiatique de façon majeure en 2007-2008.

Parmi les autres activités qui ont mobilisé le service des communications, voici les réalisations majeures :

- Le nouveau site Internet de l'Agence a été officiellement lancé à l'automne 2007. Ce projet a nécessité un travail colossal du service des communications en collaboration avec tous les professionnels à l'interne. L'Agence considère que ce site complètement renouvelé constitue un moyen privilégié pour diffuser ses orientations et ses décisions, et ce, dans un souci constant de transparence.

- Le dévoilement des résultats du vaste programme de surveillance biologique des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) d'origine industrielle à Baie-Comeau a nécessité beaucoup d'efforts de communication. La Direction de santé publique souhaitait ainsi répondre aux interrogations de plusieurs publics, soit les citoyens touchés dans le quartier Saint-Georges, la population en général ainsi que les intervenants concernés, notamment les travailleurs et les dirigeants de l'aluminerie Alcoa, la Ville de Baie-Comeau, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) et le Conseil régional de l'environnement. Les chercheurs qui ont participé à l'étude ont dévoilé les résultats de leurs recherches en conférence de presse en mars 2008.

- Deux campagnes publicitaires d'envergure pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et la pratique d'activité physique ont été orchestrées par le service des communications, notamment à la télévision. Les campagnes « Fruits et légumes en vedette » et « Plaisirs d'hiver » visaient à sensibiliser la population à l'importance d'une saine alimentation même au restaurant et à se maintenir actif.

- À l'automne 2007, la Côte-Nord a remporté un prix d'excellence pour la première fois de son histoire. Le Club des Citoyens Seniors de Chevery, un organisme communautaire qui a notamment développé un projet de popote roulante, a reçu le prix « impact sur la communauté » des mains du ministre Philippe Couillard. En 2007-2008, deux organismes ont déposé des candidatures dans le cadre des Prix d'excellence du MSSS. L'évaluation des candidatures a été réalisée par le service des communications en collaboration avec le personnel concerné et deux membres du conseil d'administration de l'Agence.

- Une nouvelle politique de communication a été produite cette année par le service. Cette politique fera l'objet d'une adoption au cours de l'année 2008 par le conseil d'administration de l'Agence. Elle vient notamment préciser les rôles et

responsabilités des employés de l'Agence, du service des communications et de l'équipe de direction dans les relations avec les médias et les élus politiques.

- Dans le cadre de ses activités régulières, le service des communications a produit et diffusé six numéros des *Échos du conseil* aux partenaires de l'Agence de même qu'aux médias pour informer la population des décisions du conseil d'administration.
- En 2007-2008, plusieurs outils promotionnels en provenance du MSSS ont été diffusés dans le réseau et parmi la population, notamment sur des sujets aussi variés que le cancer, la toxicomanie, les services des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, les algues bleues et les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les services à la population

CHAPITRE II

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et de services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population en fonction de nouveaux crédits qui sont consentis à la région.

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ POUR L'ANNÉE 2007-2008

Pour l'année 2007-2008, le ministre a établi le niveau de dépense autorisée à 257 447 077 $ pour la région, incluant une enveloppe de 3 048 788 $ pour le développement de services, une cible maximale de déficit fixée à 851 998 $ et une somme de 955 070 $ pour couvrir la hausse des frais de médicaments, les fournitures liées aux nouvelles technologies de la santé et l'impact de l'augmentation des clientèles.

Les crédits de développement de services ont essentiellement été répartis dans cinq programmes-services : perte d'autonomie liée au vieillissement (46,2 %), déficience physique (18,8 %), jeunes en difficulté (14,4 %), déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (11 %) ainsi que santé mentale (9,2 %).

Enfin, un peu plus de 6 % du budget de développement, soit 187 000 $, aura permis à des organismes communautaires de développer leurs services; cette somme s'ajoute à l'indexation de 2,2 % consentie à tous les organismes communautaires de la région.

Au plan régional, la démarche s'est conclue par la ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité sont définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction au plan régional et local, des budgets régionaux ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

Dans le souci d'intégrer dans cette démarche de gestion la majorité des attentes pouvant être signifiées à un établissement pour une année donnée, les ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements comprennent également une partie typiquement nord-côtière qui énonce des engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, selon le cas.

LE SUIVI DE GESTION ET LA REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité commande un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les indicateurs sont suivis selon des périodes définies et des bilans sont prévus à des moments stratégiques. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes.

Pour l'année 2007-2008, environ 70 indicateurs témoignent de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre et c'est avec une très grande satisfaction que nous témoignons de l'atteinte de la majorité des objectifs régionaux. Plus spécifiquement, dans plus de 75 % des cas, les résultats obtenus dépassent les objectifs fixés dans l'entente de gestion, sont supérieurs à la cible à atteindre pour l'année 2010 définie au plan ministériel 2005-2010, ou encore, toutes les personnes connues sont desservies (pas de liste d'attente).

Les résultats relatifs aux services pour les personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement, à la déficience physique, à la déficience intellectuelle et aux troubles envahissants du développement ainsi qu'en chirurgie retiennent particulièrement notre attention.

En ce qui a trait à la perte d'autonomie liée au vieillissement où, rappelons-le, près de la moitié des nouveaux crédits ont été consentis cette année, les objectifs ont tous été atteints. La poursuite de la consolidation des activités de soutien à domicile et l'amélioration des services en centre d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD) contribuent positivement à répondre au vieillissement accéléré de la population nord-côtière et à l'offre de service aux aînés en perte d'autonomie.

Au chapitre des chirurgies, nous sommes également satisfaits des résultats observés. Les objectifs ont été atteints pour les chirurgies du genou, de la hanche et de la cataracte. De plus, on note peu de délais d'attente supérieurs à six mois pour ces interventions.

Même si les résultats témoignent de situations qui tendent à s'améliorer, il demeure que des efforts doivent être maintenus dans certains programmes. En santé mentale, par exemple, certains objectifs ne sont toujours pas atteints. On note une amélioration, de telle sorte qu'il est permis de croire qu'une meilleure adéquation entre les besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et l'offre de service dans ce programme se réalise. Cette situation est similaire pour les résultats observés dans les unités d'urgence. L'amélioration de la performance de ce secteur d'activité mérite d'être soulignée.

Quant aux services aux jeunes en difficulté, l'atteinte des résultats demeure souvent ardue en raison des difficultés à combler les postes en lien avec les activités concernées.

En définitive, la capacité de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre (ex. : effectifs médicaux en spécialité, physiothérapeutes et intervenants sociaux) dans notre région continue d'être un défi dans plusieurs secteurs d'activité.

Concernant les 197 engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale, plus de la moitié (58,5 %) ont été atteints, tandis que 9,1 % ont fait l'objet d'un suivi spécifique ou n'ont pas eu besoin d'être actualisés (ex. : mesure exceptionnelle dans le cas d'éclosions ou d'épidémies d'infections nosocomiales). Dans 16,7 % des cas, les engagements n'ont pas été réalisés compte tenu d'un report de la démarche par l'Agence. Enfin, si 15,7 % des engagements n'ont pas été atteints à l'échéance, plusieurs de ceux-ci ont toutefois débuté.

Parmi les principales réalisations au regard des engagements spécifiques, citons les attentes en lien avec le programme « École en santé », la participation aux chantiers locaux de développement social et l'augmentation du taux horaire du chèque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe pour les personnes handicapées.

Le lecteur peut consulter la liste des réalisations des établissements dans un tableau reproduit à l'annexe B.

Les services généraux

1. LIGNE INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

1.1 Info-Santé

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Santé physique - ligne Info-Santé
Objectifs de résultats	Mise en service du 811

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Pourcentage d'appels répondus dans un délai de 4 minutes	79 %	90 %	67,8 %

Commentaires

Le 4 décembre 2006 a eu lieu la mise en réseau de toutes les centrales Info-Santé de la province. La population peut maintenant joindre l'une des 15 centrales puisqu'elles sont reliées en réseau de sorte que, s'il y a surcharge à un endroit, l'appel est transféré à une autre région. Cela a eu comme impact d'augmenter le nombre d'appels et, par conséquent, le délai d'attente à la centrale Info-Santé de la Côte-Nord située au CSSS de la Minganie.

La mise à niveau des ressources dans plusieurs régions du Québec devrait permettre à la centrale de la Côte-Nord de retrouver son degré de performance antérieur.

FAITS SAILLANTS

Le service Info-Santé permet de joindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent. Ce service de consultation professionnelle téléphonique accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes sur la santé, ou de diriger la personne vers la bonne ressource dans le réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF, qui assurent pour leur part la prise en charge du patient, au-delà d'un problème ponctuel.

L'année 2007 a permis de consolider les ressources en place afin d'améliorer l'offre de service, notamment l'introduction d'un seul numéro à trois chiffres, le 8-1-1 en 2008.

Les infirmières du service Info-Santé ont reçu l'an dernier 26 492 appels contre 25 209 un an plus tôt.

1.2 Info-Social

Depuis 2007, le service Info-Social est offert sur la Côte-Nord, tel qu'il est requis selon le cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique du MSSS. Ce service permet d'assurer, en lien avec les CSSS de la région, la continuité d'une intervention psychosociale téléphonique de crise, 24 heures par jour, sept jours par semaine; celle-ci est arrimée à une intervention terrain, lorsque la situation comporte pour le client un niveau élevé de dangerosité ou de vulnérabilité.

En février 2007, le CSSS de la Minganie et le comité de suivi à l'implantation du modèle d'intervention en situation de crise de la Côte-Nord reçoivent un nouveau mandat du CGR - Côte-Nord, soit celui de poursuivre la réflexion au

regard de la mise en place d'un service accueil, évaluation, orientation et référence (AEOR) téléphonique régional offert à partir du service Info-Social. Rappelons que cette démarche de réflexion s'inscrit également dans le sens des orientations ministérielles contenues dans le cadre de référence Info-Santé et Info-Social et du document de travail du MSSS portant sur l'offre des services psychosociaux généraux 2007-2012. Cette réflexion sera faite au cours de la prochaine année.

Le service de réponse téléphonique Info-Social a reçu 891 appels pour l'année 2007-2008, comparativement à 550 un an plus tôt. On constate donc une progression continue de la demande et de l'utilisation de ce service de réponse téléphonique en matière de santé.

On observe également une augmentation du nombre de clients différents, soit 539 personnes en 2007-2008 contre 357 l'année précédente.

On constate que les secteurs de Manicouagan et de la Basse-Côte-Nord ont présenté la plus grande hausse d'appels en 2007-2008; cependant, tous les autres territoires, à l'exception d'un seul, présentent aussi davantage d'appels.

La majorité des appels de l'an dernier sont reliés à des problèmes de santé mentale et des difficultés d'ordre familial.

On remarque une augmentation importante du nombre d'appels provenant des femmes autant que des hommes. Il importe de noter que 41 % des appels à Info-Social proviennent de la clientèle masculine.

2. SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 889 usagers	1 912 usagers	2 119 usagers
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 interventions/ personne	4,6 interventions/ personne	4 interventions/ personne

Commentaires

Le résultat quant au nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS dépasse de près de 11 % l'objectif régional.

En ce qui a trait à l'intensité de service, l'objectif n'a pas été atteint. Le résultat observé au 31 mars 2008 est toutefois supérieur à la cible 2010 (3,86 interventions/personne). Aussi, même si ce résultat est similaire à celui noté au 31 mars 2007, il traduit cependant une offre de service supérieure de 12 %. En effet, en 2006-2007, on dénombrait 7 556 interventions tandis que, en 2007-2008, on en compte 8 476. À titre de référence, on vise 8 795 interventions en 2010.

Précisons enfin que, en ce qui a trait au CLSC Naskapi, les données ne sont pas comptabilisées dans le système d'information I-CLSC et, par conséquent, ne sont pas comprises dans le résultat au 31 mars 2008. Cependant, les autorités de l'établissement déclarent que 37 personnes ont reçu des services psychosociaux entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008. Au total, 385 interventions auraient été offertes, ce qui porte l'intensité de service à 10,4 interventions/personne pour cet établissement.

3. EFFECTIFS MÉDICAUX

Le PREM prévoit 135 omnipraticiens et 88 spécialistes dans les CSSS de notre territoire. Au 1er avril 2008, 99 omnipraticiens et 54 spécialistes étaient en fonction dans les établissements de la Côte-Nord. Comparativement à l'année précédente, nous constatons une stabilité relative chez les médecins omnipraticiens (+ 2) ainsi que chez les médecins spécialistes (+ 1).

Cette situation a entraîné, pour la majorité des établissements, le recours au mécanisme de dépannage de façon soutenue, afin d'assurer l'accessibilité aux services.

Certains CSSS se sont vu dans l'obligation d'établir des plans de contingence, ne pouvant maintenir le même niveau de services.

COMPARATIF DES EFFECTIFS EN POSTE

Établissement	Effectif requis		Omnipraticien (au 1er avril)			Spécialiste (au 1er avril)		
	Plan 1997-2000 Omnipraticien	Plan 2008 Spécialiste	2006	2007	2008	2006	2007	2008
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
- Les Escoumins	11		7	8	9			
- Forestville	9		6	5	4			
CSSS de Manicouagan								
- volet hospitalier	35	40	29	26	30	13	14	16
- volet CLSC	3		1	1	1			
CSSS de Port-Cartier	11		6.5	6.5	7			
CSSS de Sept-Îles								
- volet hospitalier	32	44	19.5	19.5	20	36	39	38
- volet CLSC	2		1	1	1			
CSSS de la Minganie	12		9	9	8.5			
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10		10	10	9			
CSSS de l'Hématite	7		7	7	6			
CLSC Naskapi	3		3	4	3.5			
TOTAL	**135**	**88***	**99**	**97**	**99**	**49**	**53**	**54**

* Ce chiffre inclut quatre spécialistes dont la répartition demeure à établir. Ces spécialistes œuvrent en gastro-entérologie, gériatrie, néphrologie et en rhumatologie.

Au CSSS de Manicouagan, la situation s'est temporairement améliorée en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs se situant à 81,5 %, sans toutefois tenir compte des besoins identifiés à six équivalents temps plein à l'Unité de médecine familiale (UMF) afin de soutenir l'enseignement. En médecine spécialisée, la situation demeure difficile avec un plan d'effectifs comblé à 40 %.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation est demeurée stable en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs n'étant que de 62 %. En médecine spécialisée, on note la même tendance avec une atteinte du plan d'effectifs de l'ordre de 86 %.

On remarque une fragilité des effectifs dans tous les CSSS de la région. Certains établissements, où les effectifs étaient stables depuis plusieurs années, se fragilisent car des départs y sont annoncés, et aucune arrivée de nouveaux médecins n'est prévue. Sans les mesures mises de l'avant par le MSSS, notamment au regard des objectifs de croissance qui nous sont signifiés annuellement, il aurait été difficile pour une région comme la Côte-Nord de maintenir le même niveau de ressources que les années antérieures.

4. SERVICES OFFERTS AUX FEMMES EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN AGRESSION SEXUELLE

4.1 Violence conjugale

Dans le cadre du soutien de l'Agence aux activités du comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle et aux rencontres de la Table régionale, le Plan d'action régional de la Côte-Nord 2007-2009 en violence conjugale a été adopté par les membres du comité régional de même que par le conseil d'administration de l'Agence.

Ce document, inspiré du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale du MSSS, découle d'un bilan régional et d'un exercice de concertation effectué au sein du comité régional. Il vise à poursuivre la consolidation de l'approche intersectorielle et à bonifier l'offre de service et les interventions en la matière. Ce plan comporte sept axes principaux priorisés par les membres du comité, qui mènent à 16 mesures ciblées et près d'une cinquantaine d'objectifs permettant de poursuivre les actions pour contrer la violence conjugale.

Au cours des trois dernières années, des crédits additionnels récurrents ont été accordés par le MSSS aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence ainsi qu'aux centres de femmes, permettant d'atteindre en 2008 le cadre de financement récurrent souhaité et sollicité par l'ensemble de ces organismes.

4.2 Agression sexuelle

Un bilan et un exercice similaire sont en cours au sein du comité régional pour la réalisation cette fois d'un plan d'action régional en matière d'agression sexuelle, prévu en 2008-2009.

L'an dernier, quatre CSSS de la région ont reçu la formation « centre désigné » offerte par l'Agence et permettant d'établir les modalités de l'offre de service ainsi que le protocole d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle pour chacun de leur territoire. À la suite de cette initiative, le conseil d'administration de chaque établissement doit procéder à l'adoption du protocole et du mandat de centre désigné afin de recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence et ayant besoin de soins au niveau médical et social. Cette mesure est requise au plan d'action gouvernemental du MSSS afin de déterminer puis faire connaître les lieux désignés pour recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence.

La santé physique

1. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services d'urgence - santé physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	13,2 heures	12 heures	11,5 heures
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	20,2 heures	12 heures	19 heures
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5 %	1 %	3,7 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,6 %	1 %	9,9 %

Commentaires

Le résultat obtenu au plan régional respecte l'objectif fixé pour le séjour moyen sur civière. Bien que l'on constate une légère amélioration pour les autres indicateurs, les objectifs ne sont pas atteints pour autant.

Pour le CSSS de Manicouagan, on constate une nette amélioration depuis l'année dernière. L'amélioration peut être reliée à la mise en place d'un comité de travail conjoint Agence-CSSS de Manicouagan et de plusieurs actions pour améliorer la performance. Par contre, il y a un écart plus important avec les objectifs fixés pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Le projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement devrait améliorer la performance de l'établissement.

Pour le CSSS de Sept-Îles, le résultat concernant le séjour moyen sur civière demeure en deçà de l'objectif régional. En ce qui a trait aux autres objectifs, on constate par rapport à l'année 2006-2007 de légères fluctuations tantôt à la hausse, tantôt à la baisse, selon l'indicateur. Un comité de travail conjoint Agence-CSSS de Sept-Îles sera mis en place pour améliorer la performance de l'établissement.

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE ET SÉJOUR DE 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE (%), RÉGION CÔTE-NORD, 2006-2007 ET 2007-2008

Indicateur par établissement	2006-2007		2007-2008	
	Cible	Résultat P-13	Cible	Résultat P-13
CSSS de Manicouagan				
Séjour moyen sur civière	12 heures	17,01 heures	12 heures	13,26 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,6 heures	22,57 heures	12 heures	18,66 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1 %	7,42 %	1 %	3,55 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,9 %	12,12 %	1 %	8,88 %
CSSS de Sept-Îles				
Séjour moyen sur civière	9,7 heures	10,92 heures	11 heures	10,69 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,5 heures	18,1 heures	12 heures	19,34 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1 %	3,62 %	1 %	3,8 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,9 %	11,09 %	1 %	10,75 %

2. SOINS PALLIATIFS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	210 usagers	230 usagers	277 usagers
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,6 interventions/ usager	15,6 interventions/ usager	15,4 interventions/ usager

Commentaires

La cible est atteinte pour le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile. En ce qui a trait à l'intensité de service, on peut affirmer que l'objectif est pratiquement atteint. Enfin, il convient de préciser que le nombre total d'interventions est passé de 3 276 interventions à 4 265 interventions, ce qui représente une hausse de 30,2 %.

2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie

À la suite d'une visite d'évaluation et conformément aux modalités d'encadrement administratif des maisons de soins palliatifs proposées par la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS, La Vallée des Roseaux a reçu une recommandation positive à sa demande d'agrément, qui sera en vigueur jusqu'en 2012.

2.2 Lutte contre le cancer

En 2007-2008, le comité régional de la lutte contre le cancer s'est réuni à trois reprises. Ce comité multidisciplinaire, qui a été formé en 2004, regroupe des représentants de chacun des réseaux locaux de santé et de services sociaux du territoire nord-côtier. Plus spécifiquement, son mandat est :

- De concevoir le « Programme régional de la lutte contre le cancer » à partir des orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC);
- De proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services qui existent et de combler les lacunes;
- D'assurer et de reconnaître la disponibilité de l'expertise selon les critères établis;
- De proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des bénévoles;
- D'évaluer les besoins de formation;
- De s'assurer de l'intégration des services afin de répondre aux besoins de la population et des individus;
- De proposer des mesures de résultats;
- De recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population.

Les principaux sujets abordés en 2007-2008 ont été :

- Le suivi des recommandations émises par les experts désignés par la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS, lors des visites d'évaluation à Baie-Comeau et à Sept-Îles en septembre 2006;
- Les projets cliniques de lutte contre le cancer et l'organisation des services régionaux;
- La révision du Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 et l'élaboration d'un programme régional conforme aux orientations prioritaires 2007-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS.

2.3 Dépistage du cancer du sein

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Dépistage du cancer du sein**
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.1.3 Taux de participation au PQDCS	56,08 %	58,1 %	58,8 %

Commentaires

En ce qui a trait à l'objectif fixé pour la région en 2007-2008, il est atteint. En fait, deux centres ont franchi un niveau de participation record, soit au-delà du taux de 70 % visé par le programme. Les efforts constants des professionnels impliqués dans ce programme permettent d'observer une croissance constante du taux de participation à l'échelle régionale ce qui, à terme, devrait permettre d'atteindre le taux de participation visé par le programme, soit 70 %.

FAITS SAILLANTS

Le PQDCS est un programme de prévention qui s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans. Chaque femme reçoit une lettre d'invitation pour passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Cette lettre, signée par un médecin, sert d'ordonnance médicale et est accompagnée de la liste des centres de dépistage désignés (CDD) de sa région pour qu'elle puisse prendre un rendez-vous. À la suite d'un résultat de mammographie normal, une lettre lui est envoyée dans les plus brefs délais et le rapport est acheminé à son médecin traitant. Par contre, si une anomalie est détectée, un médecin est avisé afin de prescrire des examens complémentaires; le tout s'effectuant dans les jours qui suivent. Dans chaque CDD, toutes les données sont inscrites au système d'information provincial (SI-PQDCS).

Le PQDCS a pour objectif de diminuer de 25 %, en dix ans, la mortalité causée par un cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Cette réduction est tributaire de la mise en place de certaines conditions très précises telles que des mécanismes de contrôle de la qualité et des taux de participation de la population visée par le programme. Au 31 décembre 2007, le taux de participation régional se situait à 58,8 % tandis qu'au niveau provincial, il était de 53,1 %. L'objectif demeure à 70 %.

ORGANISATION RÉGIONALE

La coordination administrative est assurée par l'Agence. Trois CSSS sont désignés comme des CDD, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles sont des centres de référence pour investigation désignés (CRID). Un service d'unité portative (SOPHIE), opéré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par le service d'unité mobile (CLARA).

3. CHIRURGIE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateur	***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	27 chirurgies (Gestred) (23 Med-Écho)	18 chirurgies	41 chirurgies (Gestred)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	43 chirurgies (Gestred) (44 Med-Écho)	34 chirurgies	38 chirurgies (Gestred)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	504 chirurgies (Gestred) (550 Med-Écho)	439 chirurgies	1 216 chirurgies (Gestred)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	6 377 chirurgies (Gestred) (1 882 Med-Écho)	2 008 chirurgies	3 130 chirurgies (Gestred)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1 788 chirurgies (Gestred) (1 353 Med-Écho)	1 627 chirurgies	1 516 chirurgies (Gestred)
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	0 patient	0 patient	0 patient
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	2 patients	0 patient	0 patient
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	9 patients	0 patient	7 patients

Commentaires

À l'exception des chirurgies avec hospitalisation, les objectifs ont été atteints régionalement pour l'ensemble des chirurgies. Ces résultats devront toutefois être validés par les données Med-Écho lorsque ces dernières seront rendues disponibles. À cet égard, rappelons que, jusqu'à tout récemment, on constatait, dans un établissement en particulier, des difficultés concernant la compilation des données, d'où les écarts observés entre le système d'information pour la reddition de comptes des ententes de gestion et d'imputabilité (Gestred) et Med-Écho. Les données obtenues en cours d'année permettent de croire que l'établissement a bien codé ses interventions. Encore une fois, cela sera confirmé avec les données Med-Écho.

Dans une autre veine, mentionnons que, en cours d'année, le Plan des effectifs médicaux en spécialité a fluctué à la baisse en chirurgie générale. Le CSSS de Manicouagan s'est retrouvé avec une pénurie importante de ressources dans cette spécialité de base, ce qui peut expliquer la diminution du nombre d'interventions en chirurgie avec hospitalisation.

En ce qui a trait aux sept patients qui ont été en attente pour plus de six mois pour une chirurgie de la cataracte, les établissements concernés ont assuré un suivi personnalisé de ces situations.

4. ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacements liés à cette politique se répartissent comme suit.

RÉPARTITION PAR CENTRE D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD - EXERCICE 2007-2008

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	422 333	1 092	64 227	390	81 932	13	243 800	3 725			812 292	5 220
CSSS de Manicouagan	375 912	721	121 747	810	581 771	656	969 153	13 509			2 048 583	15 696
CSSS de Port-Cartier	135 028	447	30 630	200	13 748	14	92 927	862			272 333	1 523
CSSS de Sept-Îles	510 592	546	72 817	604	133 943	146	315 182	2 986			1 032 534	4 282
CSSS de la Minganie	201 781	269	51 026	112	26 996	28	256 478	1 481	41 385	70	577 666	1 960
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 067 997	354	13 010	32	37 500	45	3 237 481	5 744			4 355 988	6 175
CSSS de l'Hématite	100 552	102			19 800	22	1 149 441	2 701			1 269 793	2 825
CLSC Naskapi									974 608	1 221	974 608	1 221
CPRCN	1 949	102									1 949	102
TOTAL	**2 816 144**	**3 633**	**353 457**	**2 148**	**895 690**	**924**	**6 264 462**	**31 008**	**1 015 993**	**1 291**	**11 345 746**	**39 004**

RÉPARTITION PAR CENTRE D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD - EXERCICE 2006-2007

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	385 327	1 031	56 459	393	25 583	3	206 430	3 103			673 799	4 530
CSSS de Manicouagan	392 953	670	142 221	987	483 061	547	913 832	12 764			1 932 067	14 968
CSSS de Port-Cartier	133 041	481	28 453	193	3 125	5	104 357	992			268 976	1 671
CSSS de Sept-Îles	548 162	927	83 385	623	138 231	149	263 482	2 516			1 033 260	4 215
CSSS de la Minganie	218 203	321	48 257	113	16 993	28	254 498	1 478	32 996	73	570 947	2 013
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 181 968	576	8 085	22	45 675	33	2 913 534	5 058			4 149 262	5 689
CSSS de l'Hématite	40 885	31			15 683	17	992 123	2 335			1 048 691	2 383
CLSC Naskapi									944 390	n/d	944 390	n/d
CPRCN	4 990	125									4 990	125
TOTAL	**2 905 529**	**4 162**	**366 860**	**2 331**	**728 351**	**782**	**5 648 256**	**28 246**	**977 386**	**73**	**10 626 382**	**35 594**

5. GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Santé physique - GMF**
Objectifs de résultats	Développer le réseau des groupes de médecine de famille (GMF)

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de GMF	4 GMF	5 GMF	4 GMF

Commentaires

Il y a présentement quatre GMF implantés dans la région. Au cours de l'année 2007, les GMF Boréal (RLS de Manicouagan) et Vents et Marées (RLS de Sept-Îles) ont reçu l'avis de confirmation du renouvellement de leur convention pour les trois prochaines années.

Les démarches de développement du cinquième GMF situé sur le territoire du CSSS de la Haute-Côte-Nord ont été entreprises. Un chargé de projet a d'ailleurs été embauché.

FAITS SAILLANTS

Les quatre GMF implantés dans la région regroupent 26 143 clients, dont 27 % à 30 % d'entre eux sont considérés comme des clientèles vulnérables (personnes souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires sévères, l'insuffisance cardiaque).

Ville	Nom	Nombre de médecins partenaires	Statut des inscriptions au 13 février 2008 et ratio de clientèles vulnérables
Havre-Saint-Pierre	GMF de la Minganie	9	2 700 (27 %)
Sept-Îles	GMF Vents et Marées	17	13 212 (27 %)
Port-Cartier	GMF Horizon Santé	6	3 777 (30 %)
Baie-Comeau	GMF Boréal	12	6 454 (27 %)
TOTAL PROVINCIAL			**1 377 146 (28 %)**

6. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'Agence est responsable d'organiser et d'assurer la gestion des services préhospitaliers d'urgence dans la région, ce qui implique notamment l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers et des premiers répondants. L'Agence doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ). Sur la Côte-Nord, 23 véhicules, répartis dans 12 zones ambulancières, permettent de répondre aux appels de la population et des établissements de santé du territoire.

FAITS SAILLANTS

Voici les faits saillants qui se dégagent de l'année 2007-2008.

- Neuf mille quatre personnes ont été transportées par ambulance sur la Côte-Nord en 2007-2008, ce qui représente une légère augmentation de 4,8 % par rapport à l'année précédente.
- Dans les zones urbaines, Sept-Îles a connu une augmentation du nombre de transports de 13 % (+ 342) alors que Baie-Comeau et Port-Cartier demeurent sensiblement pareils à l'année passée.

- Dans les zones plus rurales, c'est dans la municipalité des Escoumins où l'augmentation a été la plus importante, soit 44 % (+ 187). Pour les autres zones, il y a eu de légères hausses ou de légères baisses, mais rien de significatif.

- Dans le cadre du programme d'administration des médicaments, 542 citoyens en ont reçus, dont 56 % pour des difficultés respiratoires et 36 % pour des douleurs thoraciques d'origine cardiaque probable. De plus, les soins étaient bien administrés dans 73 % des cas et les patients ont vu une amélioration de leur état clinique dans 83 % des cas. Le temps d'intervention des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) à compter de l'arrivée sur les lieux jusqu'à leur départ a légèrement augmenté passant de 15 à 17 minutes cette année par rapport à l'année précédente.

- Au niveau des cas de traumatisme, 915 situations ont été prises en charge par les TAP de la région, ce qui représente 16 % des appels de la population. De ce nombre, 247 cas ont été revus pour analyse et évaluation par les TAP réviseurs de l'Agence. Cent trente-huit traumatismes majeurs ont été analysés davantage et on a constaté que, dans 78 % des cas, la documentation reçue était suffisante pour donner une image clinique complète ou acceptable de la condition du patient et pour justifier les soins qui ont été prodigués au regard des normes et protocoles reconnus.

- Nous comptons 125 cas d'arrêts cardiorespiratoires, ce qui représente 2 % des appels de la population. Dans 73 % des cas, les données transmises étaient suffisantes pour faire une évaluation du patient et s'assurer que les soins fournis étaient conformes aux standards de pratique reconnus.

- Cette année, à la demande du MSSS, les TAP reçoivent 32 heures de formation en fonction des priorités provinciales et régionales. Auparavant, 16 heures de formation étaient offertes à la centaine de TAP de la Côte-Nord. Les priorités de formation ont été les nouveaux protocoles d'intervention (PICTA), la mise à jour des connaissances sur les douleurs et traumatismes thoraciques ainsi que le rôle du chef trieur lors d'accidents majeurs impliquant plusieurs véhicules. Ces formations ont été offertes à 75 % des techniciens ambulanciers paramédics.

- Pour les 35 premiers répondants des municipalités de Tadoussac, Longue-Rive, Pointe-aux-Outardes et Godbout, 81 rapports d'interventions ont été analysés. Nous avons constaté que, dans 95 % des cas, les rapports étaient suffisamment documentés pour permettre une image clinique complète ou acceptable de la condition du patient et justifier les soins qui ont été prodigués au regard des normes et protocoles reconnus. De ces appels, presque 40 % étaient reliés à des traumatismes, douleurs thoraciques, difficultés respiratoires ainsi que pour une altération de l'état de conscience. En début d'année, le service de premiers répondants de la municipalité de Forestville a interrompu son service à la population n'étant plus en mesure de répondre aux exigences et aux coûts de ce programme.

- Le CAUREQ dessert la grande majorité des municipalités de la région pour l'affectation des ambulances à la suite d'un appel de la population ou à une demande du réseau de la santé. À l'initiative de l'Agence, une entente a été signée par le CAUREQ et la compagnie VIP Télécom de Baie-Comeau pour l'implantation d'un tronc commun en radiocommunication afin de relier les services ambulanciers au Centre de communication santé (CCS) dans les territoires compris à partir de Chicoutimi en passant par la Haute-Côte-Nord et la Manicouagan. Présentement, seuls les territoires de Manic V, Fermont, Schefferville et de la Basse-Côte-Nord ne sont pas reliés au CCS pour les appels et la répartition des TAP. Les premiers répondants qui interviennent dans les zones ambulancières desservies par le CAUREQ sont aussi interpellés par la centrale pour se rendre sur les lieux des accidents.

- Le projet pilote de transformation des horaires de faction en horaire à l'heure à Baie-Comeau a été autorisé par le MSSS au même titre que quatre autres projets dans les régions de Québec (Portneuf), du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Gaspésie ainsi qu'à Chibougamau. Ces projets pilotes visent à évaluer les gains réalisés en temps-réponse si les horaires de faction actuels sont transformés en horaire à l'heure. Un comité a été formé pour initier la démarche, s'assurer de sa mise en œuvre et de son évaluation. Il est composé de représentants de l'entreprise ambulancière, du syndicat (RETAQ), du CCS et de l'Agence. Ce projet créera dix nouveaux emplois permanents ainsi que plusieurs autres postes à temps partiels. Compte tenu du besoin en ressources ambulancières supplémentaires occasionné par ce projet pilote et les impacts sur les zones limitrophes, des démarches ont été initiées par l'Agence afin d'obtenir une AEC à Baie-Comeau afin de former une cohorte de 20 techniciens ambulanciers paramédics. Le projet a été lancé officiellement en mars 2008.

- Afin d'améliorer l'accès et la continuité des services préhospitaliers d'urgence de six municipalités de la Basse-Côte-Nord (Kegaska, Chevery, Harrington Harbour, Tête-à-la-Baleine, La Tabatière et Saint-Augustin) et de la municipalité de Port-Menier (île d'Anticosti), un projet a été soumis en cours d'année au MSSS et accepté en décembre 2007. Ce projet permettra d'embaucher trois premiers répondants « rôle élargi »* à temps complet dans chacun des sept villages pour répondre, à tout moment, aux appels d'urgence de la population et aux demandes du réseau de la santé. Actuellement, les premiers répondants sont des bénévoles légèrement rémunérés, ce qui occasionne de fréquentes ruptures de services. Ces premiers répondants seront formés et seront recertifiés à tous les quatre mois pour s'assurer du maintien de leurs compétences durant la première année du projet.

* L'appellation premiers répondants « rôle élargi » vient du fait que ces ressources stabilisent le patient et le transportent avec un véhicule d'urgence sur des territoires non reliés par la route (Île-d'Anticosti et Basse-Côte-Nord), alors que les premiers répondants, selon la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, n'effectuent pas le transport de patients.

REVENUS ET DÉPENSES DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

- Les revenus, qui proviennent presque en totalité de la subvention du MSSS (83 %) et des revenus autonomes (16 %) que font les entreprises lorsqu'elles facturent les transports en ambulance aux citoyens de la région, ont été de 10 176 591 $. La subvention du MSSS a augmenté légèrement, soit de 4,4 %, et les revenus autonomes des entreprises de 5,3 % comparativement à 2006-2007.

- Les dépenses ont été de 10 042 087 $ cette année, soit une légère augmentation de 5,6 % par rapport à l'année précédente. De ces dépenses, un montant brut de 9 248 180 $ a été attribué par l'Agence aux entreprises ambulancières pour transporter des personnes blessées ou des patients par ambulance afin de recevoir des soins et des services dans le réseau. Si on déduit les revenus autonomes des entreprises, le montant net versé aux entreprises par l'Agence est de 7 625 600 $, soit une hausse de 8 % par rapport à 2006-2007. Les autres dépenses (794 000 $) ont été effectuées principalement pour la formation des TAP, des premiers répondants, le programme d'administration des médicaments aux patients, les communications par radio ou par satellite, l'achat d'équipements et de matériel, etc.

NOMBRE DE TRANSPORTS AMBULANCIERS SUR LA CÔTE-NORD

Compagnie ambulancière	2007-2008	2006-2007
Ambulance Sacré-Cœur (Zone 900 - Sacré-Cœur)	207	204
Ambulances Côte-Nord (Zone 901 - Les Escoumins)	610	423
Ambulances Côte-Nord (Zone 902 - Forestville)	805	864
Ambulances Côte-Nord (Zone 903 - Baie-Comeau)	2 624	2 671
Ambulance Manic (Zone 904 - Manic V)	21	29
Ambulance Baie-Trinité (Zone 905 - Baie-Trinité)	119	119
Ambulance Sept-Îles (Zone 906 - Port-Cartier)	701	698
Ambulance Sept-Îles (Zone 907 - Sept-Îles)	2 940	2 598
Ambulance Boudreau (Zone 909 - Minganie)	492	528
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la Basse-Côte-Nord (Zone 912 - Blanc-Sablon)	237	249
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	81	67
Services ambulanciers Porlier (Zone 915 - Schefferville)	167	143
TOTAL	**9 004**	**8 593**

7. FAITS SAILLANTS

7.1 PACS et télésanté

PACS

Le projet de téléradiologie sur la Côte-Nord a obtenu le feu vert du MSSS au cours de l'année pour son financement. La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, identifiée comme région pilote, a déployé le PACS l'an dernier. Les régions de Québec et Chaudières-Appalaches sont les prochaines au calendrier. Le déploiement pour la Côte-Nord et le Bas-Saint-Laurent est attendu fin 2009, par la suite ce sera au tour de la Gaspésie.

TÉLÉSANTÉ

Le projet de télépathologie, identifié comme un projet prioritaire pour le RUIS-UL dans son plan de déploiement de la télésanté, a aussi reçu l'aval pour passer en phase de réalisation. Ce projet vise le développement de services de pathologie à distance, tant au niveau clinique qu'au niveau de l'enseignement. À terme, il permettra notamment d'offrir un soutien diagnostique aux centres partenaires des centres hospitaliers universitaires (CHU) en manque d'effectifs en pathologie. Il sera également possible d'offrir un service de téléconsultation entre pathologistes, chirurgiens ou cliniciens. Le projet sera développé avec un souci d'abord de régionalisation des services avec autonomie régionale et, si nécessaire, de collaboration suprarégionale.

Les autres projets prioritaires du plan de déploiement de la télésanté du RUIS-UL sont en attente de l'accord du MSSS pour leur réalisation :

- Le télé-enseignement ou la téléformation;
- La télépsychiatrie;
- La télécardiologie adulte;
- La téléoncologie;
- La téléréadaptation;
- La clinique des plaies complexes;
- Les télésoins à domicile;
- L'implantation du « céduleur » ou du « planificateur-intégrateur » (gestion informatisée de la télésanté).

Le MSSS a confié la gouverne de l'ensemble des projets de télésanté y compris le PACS à l'équipe du DSQ.

7.2 Dossier de santé du Québec

Le DSQ est un outil qui permettra de rendre accessible électroniquement, aux professionnels de la santé habilités, certaines informations cliniques pertinentes pour le suivi et la prise en charge des patients, quel que soit le lieu où le patient recevra des services de santé à travers le Québec. Il a comme objectif de soutenir le continuum de soins et de services en facilitant la circulation et le partage d'information, tout en assurant un très haut niveau de sécurité quant à la confidentialité de l'information. C'est un projet d'envergure qui totalisera plus de 560 millions de dollars en investissements provenant d'Inforoute Santé Canada et du gouvernement du Québec.

En 2007, des rencontres de sensibilisation ont eu lieu avec les décideurs de la région et l'équipe de mise en œuvre du MSSS, ce qui a résulté en un engagement formel de la région à procéder à l'implantation du DSQ.

Une collecte de données intensives tenue à l'automne a permis de mesurer le niveau de qualification de la région et de prévoir le moment où sera effectué le déploiement par rapport aux autres régions du Québec.

Les phases de planification, préparation et déploiement suivront dans les prochains mois pour une mise en opération attendue en avril 2010.

7.3 Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval

L'Agence a participé à six réunions du RUIS-UL au cours de l'année 2007-2008. Ce réseau regroupe l'Université Laval et les régions de l'est du Québec, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord, ainsi que les régions de Québec et de Chaudière-Appalaches selon les modalités prévues à la loi.

Ce réseau intégré touche tant le volet de l'organisation et la complémentarité des services que les aspects cliniques qui en découlent. À cet égard, différents comités ont été formés :

- Tables sectorielles en oncologie, en génétique, en télésanté, en cardiologie et en douleur chronique;
- Comité en sciences infirmières;
- Consortium des bibliothèques.

Le regroupement des directeurs régionaux des affaires médicales (DRAM) se réunit régulièrement avec les représentants de l'Université Laval afin de travailler conjointement certains dossiers, notamment ceux de la répartition des plans d'effectifs médicaux en spécialité, de la télésanté et de l'organisation des services dans certaines spécialités.

La perte d'autonomie liée au vieillissement

1. SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

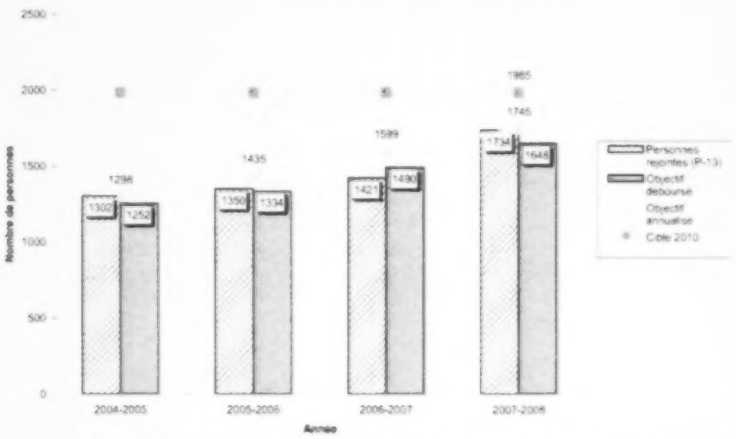
Axe	**Services dans la communauté - perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1 431 personnes	1 648 personnes	1 734 personnes
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	30,4 interventions/ personne	24,4 interventions/ personne	32,7 interventions/ personne

Commentaires

L'objectif a largement été dépassé en ce qui a trait au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes par des services de soutien à domicile, soit une hausse de 21 % par rapport à l'année précédente. Les investissements consentis en 2007-2008 devaient permettre de rejoindre 14,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus. Dans les faits, 15,2 % ont reçu des services. La figure ci-dessous témoigne de l'effet des investissements au cours des dernières années au regard de l'augmentation de la clientèle. Ainsi, depuis 2004-2005, le nombre d'usagers s'est accru de 33,2 %. Le nombre moyen d'interventions a aussi connu un accroissement : par rapport à l'année dernière, 7,6 %; depuis 2004-2005, 52,8 %. La croissance la plus significative s'est manifestée en 2006-2007, alors qu'un projet novateur concernant une nouvelle formule d'hébergement pour des personnes nécessitant un nombre important d'interventions était implanté à Sept-Îles.

Nombre de personnes en perte d'autonomie ayant reçu des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) et investissements, 2004 à 2008



Enfin, les données du CLSC Naskapi ne sont pas comprises dans ces résultats. Les autorités de l'établissement déclarent que 25 personnes en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile avec une intensité moyenne de 15,24 interventions.

2. SERVICES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateur	***Résultat 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,93 heures/ jour-présence	2,91 heures/ jour-présence	2,97 heures/ jour-présence
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24 heure/ jour-présence	0,25 heure/ jour-présence	0,25 heure/ jour-présence

Commentaires

Les objectifs poursuivis en 2007-2008 au regard des heures travaillées dans les CHSLD ont été atteints tant au niveau des soins infirmiers et d'assistance qu'au niveau des services professionnels.

Plus spécifiquement, en 2007-2008, des crédits de développement ont été consentis afin de permettre à trois établissements qui n'ont pas encore atteint la cible 2010 de trois heures par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de tendre davantage vers celle-ci.

Pour les services professionnels dans les CHSLD, l'objectif est légèrement supérieur à la cible 2010 qui se chiffre à 0,23 heure par jour-présence.

3. MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ - PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Maintien dans la communauté - perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats	Développer des places d'hébergement non institutionnelles du type « projet novateur »

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de projets	1 projet	1 projet	1 projet
Nombre de places d'hébergement	14 places	14 places	10 places

Commentaires

Aux termes de l'exercice financier 2007-2008, dix places sont occupées sur les 14 autorisées au projet et trois personnes sont en attente parce qu'il n'y a pas d'appartement disponible. Cette situation s'explique du fait que, entre le moment où le dossier a été élaboré et son acceptation, il s'était écoulé suffisamment de temps pour que l'édifice, qui était une nouvelle construction de 40 logements, se remplisse à pleine capacité. Le promoteur ne pouvait se permettre de conserver des logements vacants.

Par conséquent, pour démarrer le projet dans un temps raisonnable, il aurait fallu évincer des résidents pour laisser place aux personnes en grande perte d'autonomie visées par le projet, ce qui était impensable. Une alternative a alors été envisagée visant à utiliser les logements vacants de l'édifice voisin relié par une passerelle. Ainsi, en comptant sur ces logements vacants et les départs volontaires des premiers occupants, les 14 personnes inscrites au projet novateur s'installeraient graduellement dans les deux bâtiments et bénéficieraient des mêmes services de repas et de surveillance, fournis par l'Office d'habitation du Québec, ainsi que des mêmes soins et services d'assistance, offerts par le CSSS de Sept-Îles, que leur état requiert.

Objectifs de résultats	Récurrence des places de soins posthospitaliers pour les personnes âgées.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de projets	0	1 projet	1 projet
Nombre de places d'hébergement	0	6 places	6 places

Commentaires

Le CSSS de Sept-Îles a identifié une ressource répondant aux critères pour un projet de soins posthospitaliers où six places sont disponibles. L'entente avec la ressource est qu'elle dispense notamment des services d'hébergement, de soutien et d'assistance ainsi que d'entretien. Le CSSS apporte le soutien professionnel requis à la ressource afin d'assurer le suivi clinique de l'usager (évaluation, élaboration du plan d'intervention, suivi, réévaluation et réorientation), ainsi que d'assumer les services professionnels suivants, requis selon le plan d'intervention : soins médicaux, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, services sociaux et nutrition clinique.

Depuis son ouverture, soit du 11 janvier 2008 jusqu'au 31 mars 2008, sept patients ont été admis. La durée moyenne de leur séjour est de 43 jours et le taux d'occupation de 64 %. Une progression du taux d'occupation est attendue pour 2008-2009.

Le CSSS de Manicouagan a aussi présenté un projet qui fait présentement l'objet d'une analyse.

Objectifs de résultats	Soutenir les proches aidants.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de projets	0	S/O	S/O
Nombre de personnes desservies	0		
Nombre d'heures de répit offertes	0		

Commentaires

En 2007-2008, des crédits de développement ont été accordés pour le soutien aux proches aidants. Plus spécifiquement, l'Agence a accordé un investissement récurrent à la Société Alzheimer de la Côte-Nord afin de mettre sur pied un service de répit-gardiennage aux proches aidants prenant soin d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes. Ce projet se réalisera avec la collaboration des CSSS et des entreprises d'économie sociale. Le solde de l'investissement a été réparti entre les CSSS qui administreront le projet par le biais de l'allocation directe. Le personnel formé sera sélectionné dans les entreprises d'économie sociale et la Société Alzheimer de la Côte-Nord assurera leur formation et supervisera la qualité du service. Ce projet permettra de desservir 87 personnes au plan régional.

4. HABITATION SOCIALE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Maintien dans la communauté - toutes clientèles**

Objectifs de résultats	Consolider et développer le soutien communautaire en logement social

Indicateur		***Point de départ 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
Nombre total d'unités d'habitation desservies		0	S/O	S/O
Nombre d'unités en :	PALV	0		
	DI-TED	0		
	Déficience physique	0		
	Santé mentale	0		
	Itinérance	0		
	Dépendance	0		

Commentaires

En octobre 2007, l'Agence a connu la portion des crédits de développement à investir dans le soutien communautaire en logement social découlant de la mise en œuvre du cadre de référence. L'Agence s'est donc consacrée durant cette dernière partie de l'année à se donner une stratégie d'application régionale de cette activité, développer les outils pertinents pour allouer le financement ainsi qu'en favoriser la promotion auprès des instances concernées. Bien que des disponibilités budgétaires aient été prévues pour ce faire, aucun projet n'a été présenté durant cette période de fin d'année. Les établissements et les organismes d'habitation se sont principalement occupés à s'approprier le cadre de référence, son application régionale et s'entendre, entre partenaires, sur un projet à présenter. Par conséquent, les sommes non engagées seront utilisées de façon non récurrente pour l'exercice 2008-2009 comme aide au démarrage des projets qui seront retenus.

Jusqu'à maintenant, deux projets sont en voie de débuter (l'un dans la MRC de Manicouagan et l'autre dans la ville de Port-Cartier) et des projets dans trois autres MRC sont en cours d'élaboration.

Par ailleurs, afin de contrer l'exode des aînés de leur communauté en raison d'un manque de ressource résidentielle adaptée, une aide financière a été accordée à un organisme à but non lucratif pour développer une résidence pour personnes âgées en Minganie.

Également, une contribution financière a été versée à un organisme communautaire de la MRC de Manicouagan pour la réalisation d'une étude de faisabilité concernant un projet résidentiel pour personnes âgées.

5. HÉBERGEMENT EN CHSLD

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Hébergement en CHSLD**

Objectifs de résultats	Financer le coût de fonctionnement des nouvelles places d'hébergement en CHSLD

Indicateur	***Point de départ 2006-2007***	***Cible 2007-2008***	***Résultat 2007-2008***
Nombre de projets	1 projet	1 projet	0 projet
Nombre de nouvelles places d'hébergement	95 places	100 places	5 nouvelles places

Commentaires

Les cinq nouvelles places ne s'inscrivent pas dans un nouveau projet. Plutôt, il s'agit de lits supplémentaires qui ont été maintenus transitoirement au fil des ans par des investissements non récurrents. Cette mesure avait alors été prise en réponse à un besoin important de places d'hébergement dans la MRC de Sept-Rivières. Les investissements consentis en 2007-2008 ont permis la consolidation de ce service.

6. FAITS SAILLANTS

6.1 Amélioration des services en CHSLD

Le CHSLD de Port-Cartier a reçu cette année l'équipe ministérielle de visite d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie institutionnels. À la suite de cette visite et en suivi aux recommandations énoncées par l'équipe d'appréciation, l'établissement a élaboré, au moyen de mesures concrètes, un plan d'amélioration visant à assurer et à accroître la qualité de vie des résidents dans ce milieu d'hébergement. L'Agence soutient l'établissement dans l'application des mesures d'amélioration proposées.

Depuis 2004, huit installations de type CHSLD sur 12 ont reçu la visite de l'équipe ministérielle. L'un d'eux a réalisé plus de 80 % des recommandations du plan d'intervention. Un bilan général démontre que cinq établissements sur six ont réalisé en grande partie leur plan d'action ainsi que leur protocole pour les mesures de contrôle et d'isolement. La moitié d'entre eux ont aussi instauré un mécanisme d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

Dans le but de soutenir les établissements dans les changements de pratique qu'amène l'approche de qualité en milieu de vie, le MSSS offre des programmes de formation destinés à l'ensemble du personnel. La formation sur l'approche relationnelle repose sur la notion de dignité humaine, sur l'importance de la relation avec l'usager et son impact sur la qualité de vie. En 2007-2008, trois établissements ont organisé cette formation. Pour s'assurer que le réseau bénéficie d'un personnel ayant les compétences afin de faire face aux réalités actuelles des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, le MSSS investit dans la formation, notamment pour les préposés aux bénéficiaires. Les établissements doivent présenter leur plan de formation à l'Agence pour l'année 2008-2009.

6.2 Plan d'action régional

SERVICES DE PRÉVENTION

- Implanter des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile.

  L'information est présentée dans la section consacrée à la santé publique à la page 71.

- Mettre en place une table multisectorielle par territoire.

  Un mandat de concertation locale est donné à ces tables et s'étendra à l'ensemble des préoccupations concernant les aînés sur leur territoire dont, entre autres, les mesures à mettre en place visant à contrer les abus, la violence et l'exploitation financière envers les aînés.

  À cet égard, l'Agence soutient le travail de la Table de concertation régionale des aînés de la Côte-Nord qui a initié l'implantation de tables locales. En effet, une deuxième instance a vu le jour en Minganie et les établissements qui ont élaboré leur projet clinique pour les aînés sont invités à poursuivre avec ces équipes l'implantation de ces groupes de travail.

RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

➲ Soutenir l'implantation du réseau de services intégrés pour personnes âgées dans les établissements.

Un réseau de services intégrés pour des personnes âgées en perte d'autonomie vise à améliorer l'accès de façon plus fluide entre les soins de santé et les services sociaux ainsi qu'avec les services offerts dans les cabinets privés de médecins et par les groupes communautaires.

L'an dernier, le MSSS a évalué au plan provincial l'implantation des réseaux de services intégrés, et les établissements de la région se situent à un niveau égal à ceux de la province. Un plan d'action régional sera développé pour que l'implantation soit terminée à la fin 2010.

On constate que 70 % des personnes vivant avec des maladies chroniques sont des personnes âgées de plus de 65 ans. C'est pourquoi l'Agence a retenu comme priorité régionale le développement de services intégrés pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou en perte d'autonomie liée au vieillissement. L'intégration des services destinés à ces deux groupes permettra de faire une économie de ressources et d'augmenter la performance tout en évitant la duplication. Cela contribuera également à accélérer la mise en place des intervenants pivots (gestionnaires de cas) et du guichet d'accès unique pour ces clientèles.

6.3 Ressources d'hébergement non institutionnel

Avec la diversification des besoins à répondre, les ressources d'hébergement traditionnel ne suffisent plus, il faut développer de nouvelles formules domiciliaires mieux adaptées aux besoins de la clientèle de plus en plus nombreuse à souhaiter demeurer dans leur communauté.

Cependant, de tels projets représentent un double défi pour une région comme la Côte-Nord. Non seulement s'agit-il d'augmenter le nombre de personnes à recevoir des services dans la communauté et d'intensifier ces services, encore faut-il que ces personnes puissent avoir un choix d'habitation correspondant à leurs besoins. À cet égard, la Côte-Nord manque actuellement de diversité dans les choix de ressources résidentielles disponibles. C'est pourquoi l'Agence s'affaire à développer d'autres types d'hébergement.

6.4 Résidences privées pour personnes âgées

Le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité d'une résidence pour personnes âgées est entré en vigueur le 1er février 2007. Le processus de certification est actuellement en cours sur la Côte-Nord. Les exploitants de résidences pour personnes âgées ont jusqu'au 14 février 2009 pour obtenir un certificat de conformité. Après cette date, ceux qui poursuivront leurs activités sans permis se retrouveront en situation d'infraction et seront passibles de pénalités.

Lors du dernier inventaire pour la mise à jour du registre des résidences pour personnes âgées au 31 mars 2008, 14 résidences totalisant 294 unités ont été dénombrées sur le territoire de la Côte-Nord. Treize demandes d'accréditation ont été déposées à ce jour.

6.5 Système régional d'admission

Bien que la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement soit décentralisée vers les établissements territoriaux depuis 2005, l'Agence continue à en assurer la coordination régionale et fournit trimestriellement des rapports statistiques au MSSS (le bilan pour l'année 2007-2008 apparaît dans les tableaux ci-dessous). L'Agence est aussi responsable de la coordination des demandes de transferts interrégionaux.

DEMANDES D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE			
2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
239	194	189	119

PERSONNES HÉBERGÉES AU 31 MARS				
Type de ressources	2005	2006	2007	2008
CHSLD	371	380	387	387
Ressource intermédiaire	53	58	57	61
Résidence d'accueil	78	74	79	80
Formule novatrice d'hébergement			6	10
TOTAL	**502**	**512**	**529**	**538**

PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS				
Type de ressources	2005	2006	2007	2008
CHSLD	37	40	36	41
Ressource intermédiaire	5	7	8	16
Résidence d'accueil	10	7	13	27
TOTAL	**52**	**54**	**57**	**84**

PERSONNES EN SOINS DE COURTE DURÉE EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE AU 31 MARS			
2005	2006	2007	2008
25	26	20	40*

HORS RÉGION ENTRE LE 1er AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008	
Personnes orientées hors région	7
Personnes en provenance de l'extérieur	9

* Le nombre élevé de personnes en attente d'hébergement en courte durée s'explique par le phénomène de la population vieillissante, ce qui amène une augmentation de personnes âgées en perte d'autonomie sévère. Certaines d'entre elles, malgré les efforts consentis au maintien à domicile, doivent quitter leur résidence. La pénurie de places d'hébergement en ressources privées et publiques les obligent parfois à demeurer en soins de courte durée le temps d'être admises dans une ressource appropriée à leurs besoins. Présentement, des projets de développement de ressources sont en cours et nous espérons vivement que cette liste diminuera de façon significative d'ici la fin de l'année.

La déficience physique

1. SOUTIEN À DOMICILE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Soutien à domicile - déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	652 personnes	682 personnes	560 personnes
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	23,1 interventions/ personne	23,2 interventions/ personne	23,1 interventions/ personne

Commentaires

Au 31 mars 2008, 560 personnes ayant une déficience physique ont reçu des services de soutien à domicile par les CSSS de la région. Ce résultat est inférieur à l'objectif visé, voire au seuil établi pour la région, soit de desservir 15,8 % ou 655 personnes ayant une déficience physique.

En cours d'année, le MSSS a par ailleurs précisé que certaines régions ont épuré les données saisies dans le système d'information I-CLSC en s'assurant que celles-ci respectent le cadre normatif. Ainsi, la clientèle concernée par cet indicateur est passée, au Québec, de 49 515 personnes en 2003-2004 à 39 515 en 2006-2007. Or, les seuils signifiés aux régions et la cible 2010 ont été déterminés à partir du nombre de personnes desservies au cours de l'année 2003-2004. L'écart défavorable observé en 2007-2008 pour le nombre de personnes desservies en soutien à domicile serait donc en partie redevable à ces corrections. Plus spécifiquement, certaines personnes dont la majorité étaient jadis considérées dans le programme-service « déficience physique » sont maintenant dénombrées dans le programme-service « perte d'autonomie liée au vieillissement ». Précisons également que, selon les informations transmises par les établissements, il n'y a pas de liste d'attente pour ce service. En fait, la clientèle serait connue et stable.

Au niveau du nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS, la reconduite du résultat par rapport à l'année 2006-2007 traduit la continuité d'une offre de service constante. Rappelons par ailleurs que la cible 2010 fixée par le MSSS se chiffre à 21,47 interventions/personne.

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	249 usagers	210 usagers	188 usagers

Commentaires

Le résultat atteint en 2007-2008 est de 10,4 % en dessous de l'objectif régional, mais dépasse de façon importante la cible fixée par le MSSS en 2010, soit de desservir 6,5 % des familles, ce qui représente environ 133 usagers.

En ce qui a trait à l'écart observé entre le résultat au 31 mars 2008 par rapport à celui observé au 31 mars 2007, il s'explique principalement du fait que la compilation des données s'est précisée en cours d'année. Enfin, précisons que les établissements ne rapportent aucune famille en attente.

FAITS SAILLANTS

En 2007 2008, un investissement de 15 000 $ a été consenti au CLSC Naskapi pour contribuer à la création d'un poste d'auxiliaire familiale en soutien à domicile.

2. SERVICES SPÉCIALISÉS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services spécialisés - déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 261 personnes	1 356 personnes	1 320 personnes

Commentaires

L'objectif régional est atteint à 97 % pour l'ensemble des types de déficiences et dépasse la cible ministérielle de 2010 qui vise 1 289 personnes. Le tableau ci-dessous rend compte des résultats pour chacune des déficiences concernées par cet indicateur.

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, PAR TYPE DE DÉFICIENCE, RECEVANT DES SERVICES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION, RÉGION CÔTE-NORD, 2006-2007 ET 2007-2008

Type de déficience	Résultat au 31 mars 2007 (personne)	Objectif 2007-2008 (personne)	Résultat au 31 mars 2008 (personne)
Motrice	645	687	626
Visuelle	272	283	263
Auditive	0	8	13
Langage et parole	344	378	418
TOTAL	**1 261**	**1 356**	**1 320**

Essentiellement, les principaux gains en ce qui a trait aux personnes qui ont reçu des services spécialisés se situent au niveau de celles qui présentent une déficience du langage et de la parole (hausse de 21,5 % de la clientèle desservie) et une déficience auditive (nouvelle offre de service). En ce qui a trait à la déficience motrice et à la déficience visuelle, les résultats par rapport à l'année précédente sont relativement stables et varient respectivement de - 2,9 % et de - 3,3 %.

Parmi les investissements accordés en 2007-2008 liés à ces objectifs, mentionnons la création d'un poste à temps complet d'orthophoniste (poste qui demeure à combler) ainsi que l'achat de services professionnels afin de diminuer les listes d'attente. Une somme a également permis au Centre de réadaptation L'Émergent d'organiser des services d'éducation spécialisée en déficience auditive afin de desservir le secteur est de la région.

Objectifs de résultats	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.4A Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience motrice	30,66 heures	30,66 heures	30,31 heures
1.4B Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience visuelle	6,07 heures	6,07 heures	6,19 heures
1.4C Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive	0 heure	0 heure	11 heures
1.4D Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience du langage et de la parole	20,56 heures	20,56 heures	17,79 heures

Commentaires
Les objectifs n'ont pas été atteints au regard du nombre d'heures de prestation de services en déficience motrice et en déficience du langage et de la parole en raison des postes vacants en physiothérapie, orthophonie et neuropsychologie. En ce qui a trait au nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive, le Centre de réadaptation L'Émergent a débuté l'offre des services spécialisés auprès de la clientèle en déficience auditive pour le secteur est de la Côte-Nord, ce qui représente 13 personnes desservies en 2007-2008.

3. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - PERSONNES HANDICAPÉES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de première ligne - personnes handicapées**
Objectifs de résultats	Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Taux horaire	8.05 $	10.00 $	10.00 $

Commentaires
Le rehaussement du taux horaire pour l'allocation directe a été effectué rétroactivement au 1er avril 2007.

FAITS SAILLANTS

L'Agence poursuit les actions prévues dans un plan quinquennal afin d'amoindrir l'écart de salaire entre les employés du chèque emploi-service et ceux des entreprises d'économie sociale en aide domestique. Cette mesure vise à faciliter le recrutement de personnel et éviter le taux de roulement important qui, par conséquent, permet d'assurer à la personne vivant avec une déficience physique l'accès à des services de qualité.

Une nouvelle hausse de salaire pour les employés de gré à gré a été effective en 2007-2008 et a permis de grimper le taux horaire à 10 $.

Le rehaussement du taux horaire à 11 $ du chèque emploi-service a été ciblé comme prioritaire en 2008-2009 par le MSSS.

4. FAITS SAILLANTS

4.1 Intensification des services spécialisés en déficience physique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Un programme d'intensification des services de réadaptation par l'équipe du Centre de réadaptation L'Émergent en milieu hospitalier est offert depuis deux ans au CSSS de Manicouagan. Un projet similaire devait débuter à Sept-Îles en 2007-2008, mais il a dû être retardé en raison de la difficulté de recruter un physiothérapeute afin de compléter l'équipe. Une ergothérapeute a été engagée et consolide l'équipe de réadaptation en déficience motrice. Il est important de se rappeler que ces deux projets sont transitoires et constituent l'embryon de la mise en place de deux unités de réadaptation fonctionnelle intensive de huit places, l'une à Sept-Îles et l'autre à Baie-Comeau. Ce projet d'immobilisations constitue une priorité régionale de l'Agence depuis une décision du conseil d'administration entérinée en mars 2005.

Les étapes suivantes sont réalisées. L'Agence a reçu un avis de pertinence de la part du MSSS en octobre 2007, et le CPRCN a procédé cette année à la révision du plan fonctionnel et technique afin de se conformer aux nouvelles normes du cadre de référence normatif reconnu par le MSSS. Des pourparlers se poursuivent entre l'Agence et le MSSS afin de convenir des budgets de fonctionnement nécessaires à la réalisation du projet.

Au total, ce projet est estimé à 25 916 000 $ et les coûts de fonctionnement à 2 807 000 $.

4.2 Services d'audiologie pour l'est de la région et déficience auditive

L'offre de service en déficience auditive a été élaborée par le Centre de réadaptation L'Émergent et des services spécialisés ont été offerts à 13 personnes en 2007-2008. Une entente est en voie d'être signée entre le CPRCN et le CSSS de Sept-Îles, ce qui amorce le développement progressif des services spécialisés en déficience auditive dans la sous-région est.

Une démarche devrait être entreprise dans le secteur ouest en 2008-2009 afin d'harmoniser l'offre de service de première et deuxième ligne sur toute la Côte-Nord.

4.3 Développement de places d'hébergement

Le besoin de places d'hébergement pour les personnes vivant avec des limitations physiques sévères ainsi que de répit constitue une préoccupation pour l'Agence qui poursuit les travaux avec le milieu afin d'y répondre.

Six places en ressource intermédiaire ont été créées le 1er juin 2007 en partenariat avec le Répit Richelieu, organisme communautaire offrant du répit à Sept-Îles, et le CSSS de Sept-Îles pour répondre aux besoins d'hébergement d'une clientèle âgée de 15 à 25 ans vivant avec de multiples handicaps physiques. L'évaluation de ce dossier sera nécessaire en 2008-2009 afin de convenir du financement à rendre récurrent à partir de juin 2009.

Des démarches ont été entreprises, en 2007-2008, par le CSSS de Manicouagan, en collaboration avec l'Agence, afin d'explorer les capacités du milieu à développer une ressource non institutionnelle adaptée aux besoins d'une clientèle TCC ou vivant avec une déficience physique. Des travaux devraient se poursuivre avec le CPRCN afin de mieux cerner les besoins de cette clientèle.

La déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement

1. SOUTIEN À DOMICILE - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Soutien à domicile - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une DI ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.5.11 Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	259 personnes	260 personnes	248 personnes
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	10,9 interventions/ personne	12,7 interventions/ personne	10,5 interventions/ personne

Commentaires

L'objectif régional est atteint à 95 % pour le nombre de personnes desservies en soutien à domicile. Ce résultat dépasse celui attendu en vertu de la cible 2010, soit d'offrir des services à 6,1 % des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (127 personnes). En fait, 12,1 % des personnes ayant une DI ou un TED reçoivent des services de soutien à domicile.

Au regard de l'intensité de service, la majorité des établissements se situent en dessous de l'objectif régional. Toutefois, le résultat régional demeure comparable à celui obtenu en 2006-2007 et peut s'expliquer du fait qu'il n'y a pas de liste d'attente. De façon plus spécifique, précisons que l'écart par rapport à l'objectif régional est défavorable pour les deux clientèles visées par cet indicateur. Le tableau ci-dessous rend compte du détail des résultats.

RÉPARTITION DE L'INTENSITÉ DE SERVICES EN SOUTIEN À DOMICILE DISPENSÉS PAR LES CSSS (MISSION CLSC), PAR USAGER AYANT UNE DI ET UN TED, RÉGION CÔTE-NORD, 2006-2007 ET 2007-2008

Nombre moyen d'interventions par usager	2006-2007		2007-2008	
	Objectif (interventions/ personne)	Résultat au 31 mars 2007 (interventions/ personne)	Objectif (interventions/ personne)	Résultat au 31 mars 2008 (Interventions/ personne)
DI	14,17	11,86		11,74
TED	5,14	6,14		4,3
DI-TED	12,72	10,9	12,72	10,5

Enfin, précisons que, en 2007-2008, 2 596 interventions ont été réalisées dans le cadre de ce service. La cible 2010 prévoit pour notre région un nombre total d'interventions se chiffrant à 1 524.

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	171 personnes	165 personnes	170 personnes

Commentaires

Le résultat atteint en 2007-2008 dépasse l'objectif régional et se situe au-delà des résultats attendus par le MSSS en 2010, soit de rejoindre 17,2 % de familles naturelles de personnes handicapées présentant une DI ou un TED par des mesures de soutien par allocation directe (129 familles). Mentionnons enfin qu'aucune liste d'attente n'est rapportée par les établissements.

FAITS SAILLANTS

En 2007-2008, un investissement de 5 000 $ a été consenti au CLSC Naskapi pour contribuer à la création d'un poste d'auxiliaire familiale en soutien à domicile.

2. SERVICES SPÉCIALISÉS - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services spécialisés - déficience intellectuelle**
Objectifs de résultats	Améliorer l'accès à des services d'adaptation et d'intégration sociale pour les usagers présentant une DI.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.5B Nombre d'enfants de moins de six ans présentant une DI ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	42 enfants	42 enfants	31 enfants
1.5C Nombre moyen d'heures de prestation des services d'adaptation et d'intégration sociale par enfant			
1.5D Nombre de jeunes de six à 21 ans présentant une DI recevant un service d'adaptation et d'intégration sociale	67 jeunes	67 jeunes	38 jeunes
1.5F Nombre d'adultes de 22 ans et plus, présentant une DI, ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	213 adultes	213 adultes	171 adultes

Commentaires

D'entrée de jeu, précisons que, en l'absence de données fournies dans Gestred par l'établissement, les objectifs ont été déterminés par l'Agence à partir des données financières et opérationnelles de l'établissement.

Aussi, les résultats obtenus au 31 mars 2008, données transmises par l'établissement dans Gestred, devraient être considérés comme des points de départ.

3. SERVICES SPÉCIALISÉS - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services spécialisés - trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de TED en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de six ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	3 enfants	5 enfants	9 enfants
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de six ans	14 heures	20 heures	10,2 heures

Commentaires

L'objectif régional au regard du nombre d'enfants est dépassé. En fait, le résultat rejoint la cible 2010 alors que les deux tiers des enfants âgés de moins de six ans ayant un TED doivent recevoir des services d'intervention comportementale intensive. Pour la Côte-Nord, cela signifie neuf enfants. Au 31 mars 2008, aucun enfant diagnostiqué n'était en attente de service.

En ce qui a trait à l'écart observé entre le résultat pour l'année 2007-2008 par rapport à celui de 2006-2007, il peut s'expliquer du fait que les paramètres de compilation ont été modifiés cette année. Tous les enfants sont dorénavant inscrits dès le début des interventions. Les enfants sont intégrés de façon progressive afin de respecter leur rythme d'adaptation. Le nombre d'heures varie entre 20 et quatre heures par semaine. Des efforts continus sont apportés dans l'encadrement clinique des éducateurs et le soutien auprès des parents par les intervenants afin d'atteindre la cible d'intensité prescrite de 20 heures par semaine pour chaque enfant. En fait, ce qu'il importe de préciser c'est que l'établissement était en mesure d'offrir 20 heures par semaine par enfant, mais que la demande a varié selon les besoins exprimés par les familles dont la capacité des enfants de recevoir l'intensité de service recommandée.

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes âgées de six ans ou plus desservies.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.5.14 Nombre de personnes âgées de six ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	32 enfants	32 enfants	50 enfants

Commentaires

Le résultat attendu pour la région en 2007-2008 est largement atteint. La disponibilité d'une ergothérapeute à temps complet et l'achat de services en orthophonie ont permis d'évaluer la clientèle en attente et d'offrir les services requis.

4. ACCÈS AUX SERVICES - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Accès aux services - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats	Mise en œuvre du plan d'accès en DP, DI et TED.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès	0 établissement	8 établissements	0 établissement

Commentaires
La détermination des responsables d'accès a été reportée au 30 mai 2008.

5. FAITS SAILLANTS

5.1 Programme de soutien aux organismes communautaires

Un rehaussement financier de 50 000 $ a été octroyé à L'Espoir de Shelna, organisme offrant du répit dans le secteur de la Minganie, et un montant de 5 000 $ a été versé aux deux organismes oeuvrant auprès des TED : Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan ainsi que l'Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED).

5.2 Services d'intervention comportementale intensive pour la clientèle TED

L'année 2007-2008 s'est traduite par une augmentation importante d'enfants diagnostiqués avec un trouble envahissant du développement sur la Côte-Nord. Au 31 mars 2008, neuf enfants étaient en suivi d'intervention comportementale intensive comparativement à trois enfants au 31 mars 2007. Un investissement annualisé de 40 000 $ a été octroyé en 2007-2008 en plus d'un financement additionnel requis par l'accroissement imprévu des demandes durant la dernière année.

Des investissements supplémentaires seront nécessaires en 2008-2009 afin de maintenir la disponibilité des services et augmenter l'intensité des interventions.

5.3 Services spécialisés - clientèle DI et TED

Un montant de 110 000 $ annualisé a été alloué en 2007-2008 afin de répondre aux besoins des jeunes de 7 à 17 ans présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Une ergothérapeute assignée à temps complet auprès de cette clientèle et l'achat de services en orthophonie ont permis d'évaluer la clientèle en attente.

Les jeunes en difficulté

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1 874 jeunes et familles	2 041 jeunes et familles	1 954 jeunes et familles
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,6 interventions/ jeune	6 interventions/ jeune	5,7 interventions/ jeune

Commentaires

Même si l'objectif concernant le nombre de jeunes et leur famille rejoints en CSSS n'a pas été atteint (- 87 jeunes et leur famille), il importe de préciser que le taux de pénétration au sein de cette population se situe à 10 % alors que la cible ministérielle pour 2010 est de 7,5 %. Essentiellement, la présence d'un plus grand nombre de facteurs de risque, les investissements consentis au cours des dernières années ainsi que l'offre de service à l'intention des jeunes en difficulté expliquent cette réponse aux besoins exprimés au regard des services psychosociaux destinés aux jeunes et à leur famille.

Puis, mentionnons que le nombre total d'interventions visées en 2010 se chiffre à 9 485, soit sept interventions/jeune pour 1 355 jeunes et familles. Au 31 mars 2008, on constate que 11 137 interventions ont été effectuées. Le résultat observé au chapitre de l'intensité de service est moindre que l'objectif visé (587 interventions), mais supérieur à la cible 2010. Enfin, en 2006-2007, 10 494 interventions ont été effectuées, ce qui signifie que le nombre total d'interventions s'est accru de 6,1 % par rapport à l'année précédente.

Enfin, en ce qui a trait au CLSC Naskapi, les données ne sont pas comptabilisées dans le système d'information I-CLSC et, par conséquent, non incluses dans le résultat. Aussi, les autorités de l'établissement nous informent que 18 jeunes et leur famille ont reçu des services de première ligne entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008 avec une intensité de service de 20,3 interventions/personne.

Axe	**Services de première ligne - jeunes en difficulté et leur famille**
Objectifs de résultats	Accroître les services de première ligne permettant le retour d'un enfant dans son milieu familial.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de parents recevant des services du CSSS alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement	0	20	Non disponible

Commentaires

En 2006-2007, des investissements ont été consentis afin de permettre à deux établissements d'être en mesure de répondre à ce nouveau besoin. Un comité de concertation régional assurera le suivi de l'implantation des nouvelles mesures engendrées par les modifications apportées à la LPJ.

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse offerts en vertu de la LPJ et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse	38,8 jours	26 jours	25,1 jours
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	39,4 jours incluant jeunes montagnais sur réserves	31,8 jours excluant jeunes montagnais sur réserves	38,6 jours excluant jeunes montagnais sur réserves
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	44,1 jours	32 jours	72 jours
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	8,4 % autochtones exclus ou 15,42 % autochtones inclus	7,9 %	7,7 % autochtones exclus ou 12,63 % autochtones inclus

Commentaires

Le Centre jeunesse a atteint l'objectif convenu en ce qui concerne le délai moyen d'attente pour procéder à une évaluation en protection de la jeunesse. En fait, par rapport à 2006-2007, l'écart est de près de 14 jours.

L'objectif concernant le délai moyen d'attente à l'application des mesures n'a pas été atteint. La principale raison évoquée par l'établissement pour expliquer ce résultat concerne la difficulté liée au recrutement du personnel pour certains secteurs de la Côte-Nord.

Au niveau de la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA, le délai d'attente dépasse l'objectif visé en 2007-2008. L'analyse des résultats a mis en évidence certaines irrégularités dans la saisie de données ce qui, selon les autorités du Centre jeunesse, occasionne une surévaluation de l'indicateur. Compte tenu des délais impartis et des interventions requises pour régulariser la situation, il n'a pas été possible d'obtenir une donnée corrigée. Cependant, l'établissement s'engage à faire les changements nécessaires afin de s'assurer de la validité des informations saisies au regard de cet indicateur.

Enfin, précisons que, dans le cadre de la planification 2008-2009, un plan d'action en matière de recrutement et rétention de la main-d'œuvre a été demandé au Centre jeunesse. Ce plan d'action devrait concourir à rejoindre progressivement les cibles ministérielles.

3. SERVICE D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE - JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Service d'intervention en situation de crise - jeunes en difficulté et leur famille**
Objectifs de résultats	Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	2 programmes	2 programmes	2 programmes
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive			40 usagers

Commentaires
En 2007-2008, deux établissements ont offert ce service. Un des deux établissements a connu des difficultés en ce qui a trait à la rétention du personnel.

4. SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CENTRE JEUNESSE - JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de santé mentale en centre jeunesse - jeunes en difficulté et leur famille**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître les services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble sévère de santé mentale.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre de projets pour des services spécialisés en santé mentale pour des jeunes hébergés en unité de réadaptation	1 projet	2 projets	2 projets
Nombre de jeunes hébergés en unité de réadaptation desservis par des services spécialisés en santé mentale	3 jeunes		

Commentaires
L'investissement prévu en 2007-2008 a permis la création d'une nouvelle ressource dans la MRC de Manicouagan.

5. FAITS SAILLANTS

En mars 2008, l'Agence met sur pied un comité de concertation régional dédié au programme famille-enfance-jeunesse (CCR-FEJ). Ce comité veillera à l'harmonisation, la planification et la mise en œuvre de l'offre de service pour les enfants et leur famille.

5.1 Loi sur la protection de la jeunesse

Le 9 juillet 2007, le gouvernement du Québec mettait en vigueur l'ensemble des modifications apportées à la LPJ. La volonté du législateur, par ces modifications, vise six grands objectifs :

- Favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants;
- Promouvoir la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions et aux choix des mesures;
- S'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'État dans la vie des familles;
- Concilier la protection des enfants et le respect de la vie privée;
- Moderniser les processus judiciaires;
- Baliser le recours exceptionnel à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif.

Afin d'uniformiser la compréhension des modifications apportées, une formation a été déployée à l'ensemble des intervenants du Centre jeunesse de la Côte-Nord, aux intervenants du Programme jeunes en difficulté des CSSS et aux autres partenaires qui ont à intervenir auprès des jeunes en difficulté. C'est environ 225 intervenants qui furent rencontrés pour la journée de sensibilisation LPJ et environ 200 autres pour la formation approfondie d'une durée de trois jours.

5.2 Travailleur de rue

Pour l'année financière 2007-2008, l'Agence a consenti une somme de 50 000 $.

- L'objectif général à atteindre pour les travailleurs de rue est d'accorder aux organismes responsables de la pratique du travail de rue une subvention annuelle de 35 000 $, par travailleur de rue, pour un budget total requis de 245 000 $.

En 2008-2009, les objectifs sont les suivants :

- Conclure la consolidation d'un financement récurrent pour le maintien de la pratique du travail de rue, c'est-à-dire injecter une somme de 89 000 $ provenant des budgets jeunes en difficulté;
- Poursuivre l'analyse et l'appropriation d'un outil pour les superviseurs impliqués auprès des travailleurs de rue nord-côtiers;
- Assurer l'accès à la formation continue en lien avec cette pratique.

5.3 Maisons de jeunes

L'Agence et la Ville de Baie-Comeau ont conclu une entente, au mois de mars 2008, avec la Maison des jeunes La Relève afin d'offrir un point de service dans le secteur est de la ville. Cette entente vise l'harmonisation des services offerts en maisons de jeunes.

En mars 2007-2008, le gouvernement du Québec rendait publique la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, préconisant des mesures axées sur l'amélioration de la santé, du bien-être des jeunes, de l'accroissement de leur présence dans la société et de leur insertion professionnelle sur le marché du travail.

Dans le but d'accroître la présence des jeunes dans la société, une des mesures choisies est la consolidation du réseau des maisons de jeunes au Québec, grâce à l'allocation d'une somme de 5 M$ sur une période de trois ans. Un montant de 144 297 $ a été consenti à l'Agence afin d'augmenter le budget de fonctionnement de plusieurs maisons de jeunes. De cette somme, 138 000 $ ont été réservés pour rehausser le budget des maisons de jeunes dont les subventions sont les moins élevées.

De plus, un montant de 4 297 $ a été réservé pour le projet intergénérationnel de la Maison des jeunes du Tonnerre de Rivière-au-Tonnerre et 2 000 $ à la maison des jeunes L'Entre-deux-Tournants de Natashquan.

Les dépendances

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - TOXICOMANIES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de première ligne - toxicomanies**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	64 jeunes	64 jeunes	72 jeunes

Commentaires

Le résultat obtenu au 31 mars 2008 dépasse l'objectif régional. En fait, par rapport au résultat de l'année 2006-2007 et à l'objectif régional, on note une hausse de 12 %. Essentiellement, un investissement non récurrent en Haute-Côte-Nord a contribué à ce dépassement.

FAITS SAILLANTS

Dans la région, le mécanisme d'accès jeunesse est sous la responsabilité du Centre Le Canal. Les jeunes et leur famille peuvent toutefois faire une demande de service à l'accueil du CSSS de leur localité. Cette particularité régionale peut expliquer, en partie, le nombre de jeunes référés à la suite d'une évaluation (72 jeunes). Ce résultat atteint autant les cibles régionales fixées à 64 jeunes, que celles ministérielles établies à 55 jeunes en 2010. Un travail de promotion du mécanisme d'accès jeunesse est à prévoir. Pour la clientèle adulte, l'implantation du programme Alcochoix + dans les CSSS (pour la consommation d'alcool à risque) débutera au cours de l'année 2008-2009. En 2008, un comité de concertation régional sur les dépendances sera mis en place. Son mandat sera d'établir un plan d'action régional, en lien avec les orientations ministérielles.

2. JEU PATHOLOGIQUE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés)

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	160 joueurs	160 joueurs	137 joueurs

Commentaires

Avec 137 personnes traitées par les services spécialisés en jeu pathologique, la cible 2010 de 115 personnes est dépassée (+ 19 %). Comme il n'y a pas de liste d'attente pour l'accès à ces services, on peut affirmer que l'objectif est atteint.

FAITS SAILLANTS

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs sont réalisés par le Centre Le Canal. Pour l'année 2007-2008, 137 joueurs ont bénéficié de ces services externes. Ce résultat atteint les cibles ministérielles. Les Nord-Côtiers ont accès à des services de traitement interne dans le cadre d'une entente de service avec la maison l'Odyssée et, depuis février 2007, avec le Centre La Casa. Cette année, environ cinq joueurs ont bénéficié de ces services. Les proches du joueur peuvent également recevoir de l'aide auprès du Centre Le Canal.

La santé mentale

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de première ligne - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	832 usagers	1 024 usagers	1 012 usagers

Commentaires

Au cours des dernières années, plusieurs investissements ont été consentis afin de consolider et développer les services de première ligne en santé mentale, et ce, en considérant l'importance accordée à ces services par le plan d'action 2005-2010 « La force des liens ». Au 31 mars 2008, on constate que le nombre d'usagers s'est accru de 21,6 % par rapport à l'année dernière de sorte que l'objectif est pratiquement atteint. Le tableau qui suit rend compte de la répartition de la clientèle selon les deux grands groupes d'âge visés par l'indicateur.

RÉPARTITION DU NOMBRE D'USAGERS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX AYANT REÇU DES SERVICES DE 1re LIGNE EN SANTÉ MENTALE EN CSSS (MISSION CLSC), RÉGION CÔTE-NORD, 2006-2007 ET 2007-2008

Groupe d'âge	2006-2007		2007-2008	
	Objectif (personne)	Résultat au 31 mars 2007 (personne)	Objectif (personne)	Résultat au 31 mars 2008 (personne)
Moins de 18 ans	198	93		137
18 ans et plus	826	739		875
TOTAL	**1 024**	**832**	**1 024**	**1 012**

Bien que l'implantation de guichets uniques devrait contribuer à faire augmenter le nombre de personnes rejointes, l'atteinte de la cible 2010 (1 859 personnes) est toujours compromise si l'on considère l'écart à combler. Les principales difficultés identifiées à ce jour concernent notamment la présence du profil 410 (diagnostic en santé mentale) qui est requis pour les jeunes.

Enfin, en ce qui a trait au CLSC Naskapi, les autorités de l'établissement déclarent que 33 usagers ont reçu des services de première ligne en santé mentale entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008. Ces données ne sont pas comprises dans le résultat régional, car l'établissement n'a pas complété l'implantation du système d'information I-CLSC.

Objectifs de résultats	Implanter ou consolider les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les jeunes	3,7	3,7	Non disponible
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de 1re ligne en santé mentale pour les adultes	9,9	9,9	Non disponible

Commentaires

L'opération OASIS permettra de préciser les résultats pour l'année 2007-2008.

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de deuxième ligne - santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	181 usagers	145 usagers	215 usagers

Commentaires

Soulignons que cet indicateur a été nouvellement introduit lors du dernier exercice financier. Il regroupe la clientèle de moins de 18 ans ainsi que celle de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne est supérieur à 60 jours. En 2007-2008, un investissement a été attribué au CSSS de Sept-Îles afin de le soutenir dans la diminution du délai d'accès aux services de deuxième ligne. Cette mesure a permis de réduire significativement le nombre de jeunes en attente, soit de 115 à 63 jeunes. L'établissement prévoit également que, à l'automne 2008, il n'y aura plus de liste d'attente dans le secteur jeunesse. De plus, toujours pour le CSSS de Sept-Îles, l'absence d'un psychiatre et l'augmentation du nombre de références des omnipraticiens ont entraîné une augmentation du nombre d'adultes dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne est supérieur à 60 jours.

En ce qui a trait au CSSS de Manicouagan, ce dernier a diminué sa liste d'attente entre 2006-2007 et 2007-2008 pour passer de 47 à 37 usagers, dont 21 jeunes âgés de moins de 18 ans.

RÉPARTITION DU NOMBRE D'USAGERS DONT LE DÉLAI D'ACCÈS AUX SERVICES DE 2e LIGNE EN SANTÉ MENTALE EST SUPÉRIEUR À 60 JOURS, RÉGION CÔTE-NORD, 2006-2007 ET 2007-2008

Groupe d'âge	2006-2007		2007-2008	
	Objectif (personne)	Résultat au 31 mars 2007 (personne)	Objectif (personne)	Résultat au 31 mars 2008 (personne)
Moins de 18 ans	108	145		84
18 ans et plus	< 51*	36		131
TOTAL	**159**	**181**	**145**	**215**

* Concerne un établissement sur une possibilité de deux.

L'implantation des guichets uniques ainsi que des modifications dans les pratiques constituent des solutions permettant de diminuer le délai d'accès. Ces mesures favoriseront ainsi un rapprochement de la cible 2010.

3. SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services de crise et d'intégration dans la communauté - santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	50 adultes	105 adultes	51 adultes
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	n/a	n/a	n/a

Commentaires

Dans un premier temps, il faut souligner que ce résultat doit être interprété avec prudence puisqu'il ne tient pas compte des données d'un établissement dont l'objectif pour l'année 2007-2008 était de 40 adultes. Ce CSSS a pris les mesures nécessaires pour corriger cette situation et pour comptabiliser ses données 2008-2009 dans le centre d'activité réservé à cet effet.

Par ailleurs, considérant leur particularité géographique, les clientèles desservies par les CSSS de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite peuvent difficilement être comptabilisées avec la méthode de calcul utilisée par le MSSS au regard de cet indicateur. De plus, le CLSC Naskapi n'offre pas ce service. Toutefois, dans la détermination de la cible 2010 fixée par le MSSS (177 personnes), les populations de ces territoires sont incluses.

Soulignons enfin que des crédits de développement ont été prévus pour la consolidation des équipes aux CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan par l'ajout d'un poste à chaque endroit en 2007-2008. Au 31 mars 2008, le CSSS de Manicouagan n'avait pas été en mesure de combler ce poste, tandis que le CSSS de Sept-Îles l'a comblé en cours d'année. Par voie de conséquence, le plein effet des investissements sera davantage perceptible au cours du prochain cycle budgétaire.

Axe	**Services d'intégration dans la communauté - santé mentale**

Objectifs de résultats	Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.

Indicateur	*Point de départ 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable	7,9	9,9	Non disponible
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif	0	0	0

Commentaires

L'opération OASIS permettra de préciser les résultats pour l'année 2007-2008.

4. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Services d'urgence - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	17,3 heures	15 heures	10,9 heures
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	6,7 %	5 %	1,8 %

Commentaires

Les objectifs qui concernent le séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale sont atteints. Il convient de noter que le total des durées de séjour pour des problèmes de santé mentale a diminué de près de 3 735 jours entre les années financières 2006-2007 et 2007-2008 bien que le nombre de séjours ait augmenté de 213 au cours de cette même période. De plus, le nombre de séjours de plus de 48 heures a également connu une diminution importante passant de 63 en 2006-2007 à 21 en 2007-2008. Précisons également que le résultat concernant le séjour moyen sur civière respecte le niveau fixé par la cible 2010 (12 heures).

Essentiellement, ces résultats s'expliquent par le suivi accordé aux recommandations du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) par l'Agence et les établissements concernés, ainsi que par l'implantation du modèle d'intervention de crise.

5. FAITS SAILLANTS

5.1 Soutien d'intensité variable

Dans le cadre de l'entente de gestion 2007-2008, les CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan ont eu l'ajout respectif d'un poste d'infirmière pour le suivi d'intensité variable dans la communauté permettant de mieux soutenir les personnes ayant un trouble mental par le développement des aptitudes individuelles et par l'accompagnement.

5.2 Accès aux services de deuxième ligne

Un montant de 50 000 $ consenti par l'Agence au CSSS de Sept-Îles pour l'accès aux services de deuxième ligne a permis de diminuer de plus de 50 % la liste d'attente pour les jeunes.

5.3 Équipe de deuxième niveau en santé mentale et protocoles d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse

Dans notre région, un comité travaille à l'élaboration d'outils, dont des protocoles d'ententes entre les différents partenaires, et à la mise en place d'une équipe multidisciplinaire pour les secteurs est et ouest du territoire. Un plan d'action permettra dans les prochains mois de compléter ce dossier.

5.4 Plan d'action syndrome Gilles de la Tourette

L'Agence a rédigé un plan d'action régional relatif au syndrome Gilles de la Tourette. Les actions qui s'y retrouvent visent notamment à augmenter les connaissances des intervenants du réseau au regard de cette problématique et à développer des intervenants ressources dans les secteurs est et ouest.

5.5 Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

L'Agence a majoré de 5 000 $ le financement de l'APAME de Sept-Îles considérant que cet organisme a élargi son offre de service permettant de répondre aux besoins des parents dont les enfants ont un diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

La santé publique

1. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

L'année 2007-2008 a été une année charnière dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, la Direction de santé publique ayant reçu le mandat de coordonner le Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie et les problèmes reliés au poids. Dans un but d'intégration et d'harmonisation des actions, il a été proposé aux partenaires concernés de développer une stratégie de mise en œuvre régionale des plans d'action gouvernementaux de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et de promotion des saines habitudes de vie. Pour actualiser ce mandat, une instance de coordination régionale sous la responsabilité conjointe de l'Agence et de la Direction régionale du MESS a été mise sur pied. Outre ces deux partenaires, l'instance est composée des décideurs des organisations suivantes : du MELS, du MAMR, de la CRÉ, du Réseau des partenaires du développement social et du développement des communautés, de Service Canada, du Forum jeunesse Côte-Nord, de Québec en Forme et de l'URLS.

Pour lancer les actions au niveau des territoires de la Côte-Nord, le forum régional « Ensemble pour une société meilleure! » a regroupé 177 participants de tous les milieux, le 21 février 2008 à Sept-Îles. Par la suite, des travaux pour l'élaboration d'un plan d'action ont été entrepris dans l'ensemble des territoires de MRC, dont trois ont été ciblés plus à risque et ont fait l'objet d'une aide financière par le MESS. Il s'agit de la Haute-Côte-Nord, de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord.

Enfin, la Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé a été adoptée par le comité de concertation régional en santé publique et les actions proposées sont en cours d'opérationnalisation.

1.1 Saines habitudes de vie (0-5-30)

PRÉVENTION DU TABAGISME (0)

Le programme provincial « La gang allumée, pour une vie sans fumée » a encore suscité des projets sur la Côte-Nord. Six d'entre eux ont été subventionnés pour un montant total de 3 031 $: trois écoles primaires, deux écoles secondaires et une maison de jeunes ont déposé des projets.

Pour le mandat 2007-2009 du Réseau conseil de la gang allumée, la Côte-Nord est représentée par une jeune fille de 15 ans, Audrey-Anne Lévesque, étudiante en 2e secondaire à l'École Queen Élizabeth à Sept-Îles. Rappelons que ce réseau, sous la présidence du ministre québécois de la Santé et des Services sociaux, est composé de 16 filles et garçons de 13 à 17 ans fréquentant l'école secondaire : chacun d'eux représente officiellement une région du Québec. Ce regroupement d'adolescents, prenant la parole au nom de l'ensemble des jeunes québécois, donne son avis sur les approches et les actions les plus susceptibles d'inciter les autres adolescents à vivre une vie sans tabac, en plus de s'investir dans des actions publiques d'envergure pour informer la population québécoise sur le tabagisme et ses dangers, notamment celui du tabac à l'écran pour les jeunes.

Cessation

- Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

  Les services de cessation tabagique en CSSS ont permis de rejoindre 348 fumeurs, 334 en rencontres individuelles et 14 en interventions de groupe. L'objectif régional était de 349 fumeurs : trois CAT ont dépassé leur objectif local (CSSS de Manicouagan, de Port-Cartier et de la Basse-Côte-Nord) et quatre autres ne l'ont pas atteint (CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles, de la Minganie et de l'Hématite).

  À l'instar du CSSS de Manicouagan, celui de Sept-Îles offre maintenant un programme d'aide à la cessation tabagique auprès des patients hospitalisés.

- Défi « J'arrête, j'y gagne! »

  La région de la Côte-Nord a remporté la coupe de bronze de la 9e édition du défi « J'arrête, j'y gagne! ». Ce prix d'excellence récompense le taux de participation régionale. Ce sont 401 fumeurs de notre région qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines, soit du 15 février au 27 mars 2008. Cette année, 55 % d'entre eux étaient accompagnés d'une marraine ou d'un parrain non fumeur et 45 % s'étaient inscrits en duo (deux fumeurs qui s'entraidaient). L'inscription en duo s'est avérée une excellente formule d'encouragement mutuel puisque, comparativement à l'an dernier, deux fois plus de fumeurs y ont adhéré. La participation des femmes était supérieure à celle des hommes (62 % comparativement à 38 %). L'âge moyen des fumeurs était de 38 ans. Cette année, ce sont 14 jeunes âgés de 19 ans et moins, 156 jeunes adultes âgés de 20 à 34 ans, 191 adultes âgés de 35 à 54 ans et 40 adultes de plus de 55 ans qui ont relevé le défi de six semaines. Depuis l'année 2000, un total de 4 083 Nord-Côtiers ont participé au défi « J'arrête, j'y gagne! ».

Protection

Une campagne d'information sur les risques reliés à l'exposition à la fumée de tabac secondaire à la maison et dans les voitures a été réalisée à l'automne 2007. Cette campagne visait à rappeler particulièrement aux parents de jeunes enfants qu'il n'y a aucun niveau d'exposition qui soit sécuritaire.

FRUITS ET LÉGUMES (5)

Défi Santé 5/30

Le Défi Santé 5/30 a séduit 1 496 Nord-Côtiers qui sont passés à l'action en adoptant deux habitudes significatives pour leur santé : consommer cinq portions de fruits et légumes par jour et faire 30 minutes d'activité physique au moins pendant cinq jours par semaine. Le Défi Santé 5/30 a attiré majoritairement plus de femmes que d'hommes (72 % comparativement à 28 %). L'âge moyen des participants était de 36 ans. Cette année, les enfants (12 ans et moins) et les adolescents (13 à 17 ans) représentaient respectivement 14 % et 8 % des participants. Les jeunes

adultes âgés de 18 à 34 ans et les adultes de 35 ans et plus contribuaient pour 19 % et 58 % du nombre total des inscriptions. Le tiers des participants se retrouvaient dans les 182 familles inscrites au défi. Cette forte participation des familles confirme la volonté des parents d'offrir à leurs enfants l'occasion de développer, dans le plaisir, de saines habitudes de vie et de grandir dans un environnement facilitant les choix santé.

Campagne « Fruits et légumes en vedette »

L'événement « Fruits et légumes en vedette » se tient en mars dans le cadre du mois de la nutrition. Il a pour objectif de soutenir la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie et de sensibiliser la population à la possibilité de manger des fruits et des légumes au restaurant. Cette année, 24 restaurants, cinq cafétérias et un marché d'alimentation ont participé à cette initiative. Une campagne télévisuelle a été diffusée pour promouvoir l'événement.

ACTIVITÉ PHYSIQUE / KINO-QUÉBEC (30)

La campagne « Plaisirs d'hiver » a pris son envol au début 2008. C'est sur une période s'échelonnant de la mi-janvier jusqu'à la mi-mars que 12 municipalités ont répondu à l'appel en proposant près de 50 activités à différents endroits. Afin de soutenir ces initiatives qui offrent l'opportunité aux citoyens d'être actifs, une somme de 1 800 $ ainsi que de nombreux objets promotionnels ont été offerts par Kino-Québec. L'édition 2008 a, encore une fois, impliqué le milieu scolaire avec onze écoles de la région qui ont mis en action les jeunes dans le cadre des cours d'éducation physique ou lors de journées spéciales. Encore cette année, une collaboration avec les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine s'est avérée profitable. Un partage des coûts pour la diffusion d'une publicité télévisuelle incitative à la pratique d'activités sportives l'hiver a permis d'étendre notre période de diffusion et, ainsi, de sensibiliser une quantité appréciable d'individus.

Dans le cadre de « Rendez-vous d'automne », un partenariat avec la CSST a permis de rejoindre près de 2 500 milieux de travail. Un envoi postal faisant la promotion de la marche à l'automne, une saison propice à cette activité, permettait aux entreprises désireuses de recevoir une trousse. Une douzaine d'entreprises, regroupant plus de 1 000 employés au total, ont répondu à l'appel. Ces derniers ont ainsi bénéficié d'objets promotionnels, de podomètres et de documentation destinés à rendre leur milieu de travail dynamique et favorable à la pratique de la marche.

Pour l'édition 2008 du concours « École Active », 12 écoles ont présenté des projets touchant les saines habitudes de vie. Ces projets devaient favoriser la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école, l'achat de matériel à caractère sportif ou, encore, favoriser une saine alimentation. Douze projets ont pu être réalisés grâce à une somme de 27 500 $, dont 7 500 $ en provenance de Kino-Québec (national).

L'édition 2008 du « Défi Basket » a mis en action au-delà de 6 331 jeunes, de la maternelle au secondaire, dans 43 écoles de la Côte-Nord. Un certificat authentifiant leur participation de même qu'une chance de remporter 500 $ étaient offerts à chaque école relevant le défi. Lors du tirage régional, les élèves, à la suite de leur participation, pouvaient aussi mériter des prix, gracieuseté de Kino-Québec, de l'URLS et de l'Association régionale du Sport Étudiant de la Côte-Nord (ARSE).

Pour la deuxième année, le partenariat avec l'ARSE se poursuit. L'objectif est d'encourager les écoles dans la participation au défi « Moi j'croque », un concours régional au cours duquel les écoles primaires de la région invitent leurs élèves et membres du personnel à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. La trousse a été remise gracieusement à 41 écoles primaires de la Côte-Nord. Nous avons sensibilisé par le fait même 602 enseignants et 5 685 élèves à l'importance d'inclure des fruits et des légumes dans leur alimentation.

La poursuite du partenariat avec l'ARSE dans les écoles de la Côte-Nord permet aussi une relance et un suivi aux écoles quant au programme Iso-Actif. Il s'agit d'un programme de valorisation pour stimuler le niveau d'engagement des écoles dans la lutte à la sédentarité chez les jeunes. Pour l'année 2007-2008, 47 écoles se sont jointes au mouvement.

Un projet pilote entre Kino-Québec et le CSSS de la Haute-Côte-Nord a vu le jour au niveau des saines habitudes de vie. Le projet « La santé chez vous, ça marche? » a permis à 20 participants d'évaluer leur condition physique, de faire le point sur leurs habitudes de vie au regard de la consommation de fruits et légumes et leur niveau de pratique d'activité physique au quotidien. Des séances de formation et des trucs offerts par des professionnels, tant au niveau culinaire que pour l'activité physique, avaient pour but de soutenir les participants. Dans le cadre de ce projet, qui s'est déroulé du 26 mars (mois de la nutrition) au 21 mai (mois de l'activité physique), une trousse de départ, comportant des recettes santé, un carnet de route et un podomètre, était offerte à chacun.

Durant la dernière année, les aînés ont pu profiter du nouvel outil « Viactive double action », un guide d'exercices produit par Kino-Québec. Les organismes intéressés pouvaient recevoir une formation ou une mise à jour de leur animateur *Viactive*. Tout près de 30 nouveaux animateurs ont été formés en 2007-2008 dans différentes MRC de la région par le conseiller Kino-Québec.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire, 17 projets ont été appuyés financièrement pour un budget global de 71 735 $. Voici la liste des projets subventionnés :

Organisme	Projet	Subvention 2007-2008 ($)
Café entracte Fermont	Atelier de cuisine santé (jeunes et personnes vivant seules)	3 745
Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	Famille mieux nourrie, famille épanouie	12 200
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	L'héritage culinaire 2 (cuisine santé de la communauté jusqu'à domicile)	2 500
Centre d'action bénévole Le Nordest	Nourris ton cerveau	6 950
Chantier Jeunesse Loisirs	J'ai faim 3	5 000
Club des Citoyens Seniors de Chevery	To provide hot nutritious meals to the senior citizens aged 75 +, physically handicapped, and convalescence in the community of Chevery	6 000
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	Un automne drôlement appétissant	1 610
Comité action jeunesse des Escoumins	Un automne drôlement appétissant	625
Corporation « Les Délices maison »	Popote roulante	6 093
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Fun cooking	3 375
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Comment cuisiner et rester en santé	1 870
Hom'asculin Port-Cartier	Alimentation au masculin	1 500
La Maison du Tonnerre	Je fais à manger, j'impressionne mes parents et en plus, j'apprends!	3 000
L'Entre-deux-Tournants	Pour un départ sain	3 267
L'Envol, Maison de la famille	Menu santé croc-ados	3 500
Maison de la famille de Port-Cartier	Qu'est-ce qu'on mange?	5 000
Transit Sept-Îles	Montrons-leur à pêcher!	5 500
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE		**71 735**
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS : 17		

1.2 Prévention et promotion - Jeunes familles

ENTENTE RÉGIONALE PORTANT SUR LES HABITUDES DE VIE DES JEUNES FAMILLES NORD-CÔTIÈRES

Cette entente est issue d'un partenariat entre le Forum jeunesse Côte-Nord, l'Agence et la CRÉ. D'une durée de trois ans, elle a pour but d'inscrire les saines habitudes de vie au sein du registre des valeurs des jeunes familles par la mobilisation des milieux locaux.

En septembre 2007, une nouvelle ressource professionnelle s'est jointe à la Direction de santé publique afin de coordonner la mise en œuvre du plan d'action. L'une des principales actions réalisées au cours de cette première année d'entente est l'organisation du forum « Ensemble pour une société meilleure! ».

Afin de soutenir les communautés locales à se mobiliser et à se concerter à l'égard des habitudes de vie de leurs jeunes familles, des intervenants, provenant de différents organismes communautaires et publics, ont été rencontrés dans chacune des MRC, à l'exception de la Basse-Côte-Nord. Pour ce faire, des liens d'étroite collaboration sont assurés entre les chantiers locaux du développement social, le Réseau des partenaires, le comité exécutif des PAG et Québec en Forme.

PÉRINATALITÉ

Allaitement

En 2005-2006, selon l'Institut de la statistique du Québec, 61,2 % des mères nord-côtières allaitent leur enfant pendant le séjour au centre hospitalier comparativement à 85,1 % pour l'ensemble du Québec. Ce taux chute à 22,4 % lorsque l'enfant atteint l'âge de six mois contre 46,7 % pour l'ensemble du Québec (taux d'allaitement standardisé total).

Dans la région, deux organismes bénévoles soutiennent l'allaitement : « À la source » et « Aimons-lait ». Ces organismes offrent un service d'information et de marraine d'allaitement.

En 2007-2008, la région participe avec l'ensemble des régions du Québec à l'évaluation du niveau d'implantation de l'initiative « Amis des bébés ». Les résultats de cette évaluation seront diffusés auprès des CSSS à l'automne 2008.

L'initiative « Amis des bébés » est un programme international axé sur les conditions d'un allaitement réussi.

En 2007, plus de 20 000 hôpitaux ont déjà été accrédités dans le monde. Le but de cette démarche de qualité est de mettre en place des pratiques qui favorisent le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né, pour faire en sorte qu'il soit mieux accueilli. Les professionnels de la santé d'un établissement « Amis des Bébés » favorisent la proximité mère/enfant, encouragent la mère et l'accompagnent dans l'allaitement maternel.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

En 2007-2008, la région dispose de 940 460 $ pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE). Tous les CSSS de la région déploient des services de type SIPPE. Le CLSC Naskapi offre dorénavant des services aux mères admissibles. Le portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 (INSPQ, 2006) indique que la Côte-Nord présente un taux de grossesse à l'adolescence parmi les plus élevés au Québec (25,7 taux annuel moyen pour 1 000, comparativement à 18,2 pour le Québec) après le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Dans la dernière année, 204 usagers ont bénéficié des SIPPE, ce qui représente plus de 619 interventions effectuées en période prénatale et 1 147 interventions réalisées en période postnatale.

Accoucher loin du milieu de vie

Les femmes enceintes de la Basse-Côte-Nord, de Fermont, de Schefferville et de la Minganie doivent quitter leur milieu de vie entre la 36e et la 38e semaine de grossesse (selon l'éloignement avec le centre accoucheur) afin de donner naissance à leur nouveau-né. Lors de leur séjour dans la ville d'accueil, elles doivent se loger, se nourrir et poursuivre leur grossesse dans un milieu favorable à l'arrivée prochaine de leur bébé. La présence du père ou d'une personne significative lors de l'accouchement constitue un facteur pouvant mettre en confiance la future mère et favoriser le lien d'attachement avec l'enfant.

En 2007-2008, nous avons octroyé une somme de 73 465 $, répartie dans les CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite pour soutenir 52 % des familles concernées par cette réalité.

L'objectif de l'Agence est de rejoindre, d'ici 2009-2010, toutes les familles concernées.

1.3 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire « École en santé »

Dans la cadre du Plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé, « Une action concertée pour des écoles en santé », et de l'entente de complémentarités MSSS-MELS (axe prévention et promotion), voici les faits saillants à souligner.

APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

- Le déploiement régional de l'approche « École en santé » est toujours en cours. Au 31 mars 2008, 34 % des écoles sont en démarche en ce sens.
- Des accompagnateurs locaux provenant des réseaux de l'éducation et de la santé de tous les territoires ont participé à plusieurs rencontres de perfectionnement et d'accompagnement offertes par l'INSPQ. Ces formations habilitent les accompagnateurs à l'utilisation de plusieurs outils nécessaires pour soutenir les écoles et leurs partenaires dans la mise en œuvre des meilleures pratiques en prévention et promotion de la santé.

PROGRAMME VERS LE PACIFIQUE

- Dans la région, 30 écoles primaires sur 67, soit 45 %, appliquent à différents niveaux le programme Vers le pacifique qui vise le développement d'habiletés sociales nécessaires à la résolution de conflits.
- La version du programme pour les écoles secondaires, « Différents, mais pas indifférents » est maintenant disponible. Une école secondaire l'a expérimenté en 2008.
- Grâce à la concertation de partenaires, les nouveaux outils ont été traduits en version anglaise pour soutenir le personnel enseignant des communautés anglophones dans l'application du programme.

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES JEUNES

- Dans le cadre d'une concertation entre la Direction de santé publique et la Direction régionale du MELS, des formations ont été dispensées à une cinquantaine d'intervenants de la santé et de l'éducation sur la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité.

- Dans le cadre des orientations de la Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire (TRIPPS), la tournée « Ruban en route » a été réalisée dans 12 écoles secondaires afin de favoriser l'éducation, la prévention et la sensibilisation des adolescents aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), notamment le VIH-SIDA.

1.4 Santé dentaire

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Comme l'un des objectifs du service de santé dentaire, dans les CSSS de la région, est d'assurer l'accessibilité des services dans chacune des MRC, un investissement a permis la création d'un poste d'hygiéniste dentaire au CSSS de Manicouagan; une hygiéniste dentaire a donc été engagée au mois d'août 2007.

PROGRAMME « CLÉS EN MAINS »

L'hygiéniste dentaire du CSSS de Manicouagan a complété sa formation du programme « Clés en mains ». Celle-ci commencera à desservir, en services de promotion et de prévention de la santé buccodentaire, la clientèle des CHSLD.

1.5 Traumatismes non intentionnels

TRAUMATISMES ROUTIERS

La deuxième phase de la recherche portant sur la sécurité routière et le camionnage lourd en Côte-Nord s'est poursuivie tout au long de l'année 2007-2008. Cette partie de la recherche vise essentiellement à identifier et évaluer une ou des approches préventives afin de réduire les accidents graves et mortels qui impliquent un camion lourd dans la région. Ces mesures d'intervention doivent être à la fois efficaces et réalisables sur le plan régional ainsi que faire l'objet d'un consensus au sein des intervenants concernés par cette problématique.

Ces objectifs de recherche ont été endossés par le comité d'experts, de même que trois éléments fondamentaux, pour lesquels des préoccupations particulières ont été exprimées par l'Agence, au sein de la Table de concertation régionale, à savoir s'attaquer en priorité aux accidents graves et mortels, concerter les gestionnaires de l'industrie et du gouvernement et adopter une stratégie d'action multisectorielle.

Le comité d'experts mis en place pour analyser la faisabilité des diverses mesures identifiées était composé à la fois d'organismes gouvernementaux (ministère des Transports du Québec, Sûreté du Québec, CSST, Société de l'assurance automobile du Québec, division du Contrôle routier et Agence), et de l'industrie régionale du transport lourd (Transport Morneau et Transport Baie-Comeau). Les travaux du comité, consistant à identifier, analyser et sélectionner les mesures les plus pertinentes dans le contexte nord-côtier, se sont déroulés en parallèle à deux autres activités : une revue de littérature et une enquête par questionnaire, adressée aux gestionnaires en sécurité de l'industrie du transport lourd, de même qu'aux camionneurs de ces entreprises.

Le comité a tenu cinq rencontres et deux conférences téléphoniques de janvier 2007 à mars 2008. Le dépôt du rapport final est prévu à l'automne 2008.

CHUTES CHEZ LES AÎNÉS

La récente étude nord-côtière sur les chutes chez les aînés a permis d'obtenir un portrait de la situation de cette problématique sur la Côte-Nord, un inventaire des activités préventives en application ainsi que des recommandations au regard de l'implantation d'un programme de prévention des chutes. Il en est également ressorti la nécessité d'assurer une coordination régionale dans le but de mettre en place une stratégie intégrée de prévention des chutes (comité de prévention dans les CSSS, évaluation et intervention pour contrôler la consommation des psychotropes, mise en place d'un programme d'intervention multifactorielle, partenariat avec des organismes communautaires, collaboration des effectifs en réadaptation, formation). Un budget a été réservé pour l'embauche d'une ressource régionale à deux jours/semaine. Un échéancier de travail a été produit relativement à l'élaboration du Plan d'action régional 2008-2012 de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile, l'implantation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) sous forme de projet pilote dans deux territoires de CSSS et la mise en place de pratiques cliniques préventives visant le contrôle des psychotropes.

2. DÉVELOPPEMENT SOCIAL

L'année 2007-2008 a été particulièrement fertile en termes d'activités reliées au développement social. À l'automne 2007, à Havre-Saint-Pierre, s'est tenue la 3e édition de l'Escale qui a accueilli près de 180 personnes de divers milieux et organismes. L'Agence soutient cette activité grâce à une subvention de 10 000 $.

Le renouvellement de l'entente entre la CRÉ et l'Agence permet de maintenir le Réseau des partenaires qui a réuni 40 participants à sa dernière rencontre. L'entente assure également le soutien à la mise en place de chantiers locaux du développement social dans chacun des territoires de CSSS. L'Agence subventionne des projets locaux pour un montant de 14 000 $.

3. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Ce domaine d'activité réfère aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols, de même que du maintien de milieux habités sécuritaires.

De plus, le secteur de la prévention des risques est également abordé lors des avis que la Direction de santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des incidences environnementales de différents projets soumis à des études d'impacts tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

FAITS SAILLANTS

- Collaborer à l'Étude de surveillance biologique de l'exposition aux HAP d'origine industrielle à Baie-Comeau qui a pris fin en 2007 et qui visait à connaître l'exposition réelle de la population d'une partie du secteur Saint-Georges aux HAP;
- Réaliser un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant l'économie d'eau ainsi que l'implantation de bonnes pratiques environnementales chez les villégiateurs de la Côte-Nord;
- Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord pour garantir une qualité d'eau de consommation sans danger pour la santé humaine en collaboration avec le MDDEP;

- Surveiller plus de 200 dépassements de différentes normes sur la qualité physico-chimique ou bactériologique de l'eau de consommation, de même qu'environ dix avis d'ébullition de l'eau;
- Assurer une réponse au niveau de la qualité de l'air intérieur et extérieur directement auprès des citoyens et organismes régionaux;
- Maintenir la surveillance et assurer les enquêtes épidémiologiques lors de déclaration de maladie à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale;
- Analyser trois modifications à des schémas d'aménagement ainsi que trois études d'impact environnemental;
- Participer et collaborer à plusieurs comités nationaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux sur la santé de différents éléments, tels que les changements climatiques, les cyanobactéries, les modifications à différentes lois ayant un impact sur la protection de la santé, etc.;
- Participer et collaborer à différents comités régionaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers;
- Collaborer au comité de coordination du forum citoyen « L'érosion... un littoral... une réflexion », qui s'est tenu à l'automne 2007;
- Initier auprès de chercheurs de l'INSPQ, une étude sur la gestion du risque d'érosion des berges sur la Côte-Nord et ses impacts sur la santé.

4. SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec l'employeur et le ou les représentants des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2007, 292 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 465 entreprises potentiellement à desservir[1].

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants des sept équipes de santé au travail, réparties dans sept territoires de CSSS.

ACTIVITÉS DE BASE DU PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL RÉALISÉES DANS LES ENTREPRISES DE LA RÉGION

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	29
Élaboration de programmes de santé	11
Mise à jour de programmes de santé	26
Total	**66**
Intervention générale	34
Ergonomie	13
Soutien à l'organisation SST	16
Surveillance environnementale	42
Surveillance médicale	47
Formation/Information	109
Premiers secours et premiers soins	135
Total	**396**
GRAND TOTAL	**462***

* Ces activités ont été réalisées dans 199 endroits différents.

1. Les ententes de gestion signées avec la CSST pour l'année 2007 limitent les interventions du réseau public de santé au travail aux entreprises identifiées avec la CSST.

En plus des activités de base, les intervenants du réseau de la santé au travail ont effectué en 2007 :

- 455 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- 31 enquêtes sur les MADO;
- Quatre études de dossiers d'indemnisation consécutives à une maladie professionnelle;
- 15 demandes de service qui proviennent des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas;
- 41 examens de santé pulmonaire et radiographies dans le cadre du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en main leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le service de santé au travail a publié au cours de l'année trois bulletins *Santé en têtes* à l'intention d'un public spécialisé.

5. MALADIES INFECTIEUSES

5.1 Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH-Sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
1.1.6 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	Nouveau	375 activités	351 activités
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	47 activités	24 activités	25 activités

Commentaires

Les activités de dépistage ITSS tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS concernent les clientèles vulnérables, à savoir les homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées, les autochtones, les personnes ayant des partenaires multiples (particulièrement les personnes âgées de 15 à 24 ans), les femmes victimes de violence et les jeunes en difficulté.

En Côte-Nord, l'implantation des SIDEP varie d'un CSSS à l'autre. Sur les sept CSSS de la région, deux établissements (Manicouagan et Sept-Îles) offrent le panier de services recommandé, et ce, par l'assignation d'une ressource dédiée. Dans les cinq autres CSSS, les services sont incomplets, variables ou encore accessibles quelques heures par semaine ou sur demande, les infirmières étant affectées à plus d'un service. Pour ces CSSS, les activités sont réalisées principalement à l'intérieur des murs des établissements de santé par du personnel infirmier et par des médecins, pour certaines activités de dépistage. À noter que les activités de ces derniers ne sont pas comptabilisées dans le système d'information I-CLSC et, conséquemment, ne sont pas comptabilisées dans les résultats.

En 2007-2008, l'objectif concernant les activités de dépistage dans les lieux où sont situés les SIDEP a été atteint à 93,6 %. Sur les sept CSSS du territoire, trois ont atteint et même dépassé l'objectif qui leur était fixé.

Pour la même période, l'objectif concernant le nombre d'activités de dépistage ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP a été atteint à 104,2 %. Trois établissements ont d'ailleurs dépassé les attentes qui leur avaient été signifiées.

Mentionnons finalement que l'arrivée de nouvelles infirmières sans formation en ITSS, l'affectation du personnel infirmier à plus d'un service, l'impossibilité pour certains CSSS de remplacer l'infirmière dédiée aux ITSS par manque de ressources ainsi que l'organisation des services sont des facteurs qui, selon les établissements, rendent l'atteinte des objectifs difficile.

FAITS SAILLANTS

- Au plan régional, le nombre de cas de chlamydiose est passé de 261 cas en 2006 à 304 cas en 2007, ce qui représente une augmentation de 16,5 % depuis l'an dernier. On observe une hausse constante de la proportion des cas déclarés parmi les autochtones du territoire (49,2 % en 2005, 50,2 % en 2006 et 55 % en 2007). Le taux d'incidence régional de cette infection (322/100 000 personnes) demeure deux fois plus élevé que le taux provincial (176/100 000 personnes). De plus, le nombre de cas de chlamydia sur la Côte-Nord reste sous-estimé puisque plusieurs contacts identifiés lors de l'intervention préventive auprès des partenaires bénéficient d'un traitement sans avoir subi de dépistage.
- À l'instar du Québec, la Côte-Nord a connu une hausse des cas de gonorrhée; cinq cas ont été déclarés en 2007 alors qu'aucun cas n'avait été rapporté en 2006. Trois d'entre eux étaient résistants aux fluoroquinolones. Au plan provincial, le taux de résistance aux fluoroquinolones est également à la hausse.

5.2 Prévention et contrôle - infections nosocomiales

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Prévention et contrôle - infections nosocomiales**
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

	Indicateur		*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
P1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales - CHU SGS		Nouveau	100 %	100 %
P1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSLD		Nouveau	40 %	50 %
P2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel		Nouveau	57,14 %	0 %
P3	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales		Nouveau	57,14 %	16,67 %
P4	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	Nouveau	100 %	30,77 %
		Catégorisation	Nouveau	100 %	23,08 %
		Accord responsable	Nouveau	100 %	7,69 %
		Accord au conseil d'administration	Nouveau	100 %	0 %
		Désignation responsable	Nouveau	100 %	7,69 %

Commentaires

Indicateur P1 : Ratio d'ETC infirmières en prévention des infections nosocomiales

Concernant le ratio recommandé de **1 ETC/133 lits de courte durée**, l'objectif est atteint à 100 % (2/2) dans les CHSGS (CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles) et à 100 % (4/4) dans les CSSS (Haute-Côte-Nord, Minganie, Basse-Côte-Nord, Hématite). À noter que le CSSS de Port-Cartier ne compte aucun lit de courte durée et ne devrait pas, par voie de conséquence, être considéré dans la cible et les résultats.

En ce qui a trait au ratio recommandé de **1 ETC/300 lits de longue durée**, l'objectif est atteint à 100 % (2/2) dans les CHSGS (CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles) et à 50 % (2/4) dans les autres CSSS (Port-Cartier, Basse-Côte-Nord). À noter que le CSSS de l'Hématite ne compte aucun lit de longue durée. Pour les autres CSSS, une consolidation des ressources est prévue, ce qui permettra notamment de déployer les activités de prévention et de contrôle des infections aux milieux de soins de longue durée et de dépasser les ratios recommandés. D'ici là, tel qu'il est convenu, les deux CHSGS soutiennent les équipes de ces CSSS, ce qui constitue une approche temporaire satisfaisante.

Indicateur P2 : Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention des infections fonctionnel

À la fin de la période 13, un comité de prévention des infections est formé dans trois établissements de la Côte-Nord sur six. Par contre, ces comités n'ont pas tenu six rencontres par année tel qu'il est exigé par le MSSS, ce qui explique le résultat obtenu. De plus, dans les CSSS, la création de postes à faible pourcentage d'équivalent temps plein (0,1 à 0,2 ETC), le roulement de personnel et la pénurie de ressources (aucun microbiologiste infectiologue ou médecin responsable de la PCI) rendent difficiles la mise sur pied et la survie d'un tel comité. Mentionnons aussi que le CSSS de Port-Cartier ne compte que des lits d'hébergement et qu'il ne devrait pas être visé par cet indicateur.

Indicateur P3 : Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

Au 31 mars 2008, un des six établissements concernés par cet indicateur possédait un programme structuré de prévention des infections approuvé par son conseil d'administration. Dans les deux CHSGS, un programme est en cours d'élaboration. Encore une fois, la création de postes à faible pourcentage d'équivalent temps plein (0,1 à 0,2 ETC) dans les CSSS périphériques ne facilite pas le développement de tels programmes par les ressources en place, dont les activités sont principalement axées sur la prévention et le contrôle des situations problématiques. Rappelons également que le CSSS de Port-Cartier ne compte que des lits d'hébergement et qu'il ne devrait pas être visé par cet indicateur.

L'implantation dans les CSSS du Plan d'action régional sur la PCI 2008-2011 s'amorcera en cours d'année. Aussi, la consolidation éventuelle des ressources en PCI dans les CSSS périphériques (phase II) et la signification d'attentes spécifiques aux CSSS au regard de l'implantation du plan d'action régional devraient concourir à l'atteinte des objectifs.

Indicateur P4 : Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité

Comme le précise le MSSS, les services d'hygiène et de salubrité jouent un rôle de première importance pour limiter la transmission des infections en milieu de soins. Afin de confirmer ce rôle, deux publications ont été produites :

- Lignes directrices en hygiène et salubrité, analyse et concertation;
- Hygiène et salubrité, mesures intérimaires en relation avec le *C. difficile*.

De plus, une formation de « formateur en hygiène et salubrité » a été dispensée par le MSSS à des représentants issus de trois établissements de la région (CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie). Avec l'aide de ces trois formateurs et d'un expert en hygiène et salubrité, l'Agence sera pleinement en mesure d'atteindre les objectifs ministériels.

Enfin, une Table régionale en hygiène et salubrité sous la Table régionale de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (TRPIN) a également été créée afin de soutenir l'atteinte de ces objectifs. La nomination d'un responsable (expert en hygiène et salubrité) pour faire évoluer le dossier est en cours.

FAITS SAILLANTS

Rehaussement des postes d'infirmière en prévention et contrôle des infections

En juin 2007, l'Agence autorisait l'octroi d'une subvention récurrente afin d'ajouter une ressource infirmière à temps complet dans chacun des deux centres hospitaliers régionaux (CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles). La clientèle desservie et la complexité des services offerts ont justifié l'ajout de ressources en priorité dans les établissements afin de développer et de maintenir une expertise de pointe en PCI. Par leur vocation, les centres hospitaliers ont le mandat de soutenir les plus petits CSSS de la région dans la mise en place des activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Table régionale de prévention des infections nosocomiales

En cours d'année 2007-2008, la TRPIN de la Côte-Nord recommandait le rehaussement des postes dans les cinq autres CSSS de la région. Les critères suivants ont été considérés afin d'établir les ratios minimaux à atteindre selon les particularités locales : la mission et la taille de l'établissement, la complexité des services offerts, le nombre d'installations et de points de service desservis. Le déploiement de ces ressources se fera au cours de l'année 2008-2009.

Par ailleurs, la TRPIN a mené plusieurs dossiers importants en 2007-2008, dont l'élaboration d'un plan d'action en PCI, visant à prévenir et contrôler les infections reliées à la prestation des soins dans les établissements de la Côte-Nord. Le suivi des activités inscrites au plan d'action, dont le déploiement est prévu jusqu'en 2011, sera assuré par la Direction de santé publique, en collaboration avec la TRPIN et les différentes directions concernées de l'Agence.

5.3 Maladie à déclaration obligatoire

Au cours de l'année 2007, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré 395 MADO d'origine infectieuse comparativement à 346 en 2006. La chlamydiose génitale représente 77 % des MADO déclarées (annexe C).

FAITS SAILLANTS

Maladies entériques

- Le nombre de cas de maladies entériques a légèrement diminué en 2007 (44 cas) comparativement à 2006 (50 cas). Ces maladies représentaient 14,5 % des MADO en 2006 comparativement à 11,1 % en 2007. Depuis 2005, la salmonellose, les infections à campylobacter et la giardiase sont les plus fréquentes.
- Trois cas isolés de listériose ont également été déclarés. Les enquêtes épidémiologiques effectuées n'ont pas permis de trouver la source de l'infection.

Maladies évitables par la vaccination

- Infection invasive à pneumocoque : Dix cas ont été déclarés en 2007, dont un seul parmi les enfants de moins de cinq ans. L'instauration, en décembre 2004, du programme de vaccination contre le pneumocoque chez les enfants de moins de cinq ans est probablement responsable du recul de ces infections au sein de cette population québécoise[2].
- Infection invasive à méningocoque : Un seul cas d'infection à méningocoque de sérogroupe B a été déclaré. Il s'agit d'une femme de 26 ans atteinte d'une méningococcémie et qui a bien récupéré. Quatorze contacts étroits ont été identifiés et ont reçu un traitement préventif. La vaccination n'a pas été offerte puisqu'il n'existe aucun vaccin offrant une protection contre le sérogroupe B.

Autres MADO

- Tuberculose : Onze cas de tuberculose ont été déclarés en 2007 dont dix faisant partie de l'éclosion survenue à Maliotenam au début de l'année 2007. Près de 270 contacts étroits ont été identifiés et l'enquête épidémiologique s'est poursuivie jusqu'en avril 2008. Au total, 160 contacts se sont vu offrir un traitement préventif et 59 % l'ont poursuivi pendant toute la durée prévue, c'est-à-dire 12 mois. L'ampleur de l'enquête épidémiologique à réaliser a exigé de nombreuses ressources infirmières et médicales. De plus, la coordination

2. Tiré de : Flash Vigie, volume 1, no 4, Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique, MSSS.

d'une telle situation entre les différents partenaires (Centre de santé de Maliotenam, CSSS de Sept-Îles, Direction de la santé des premières Nations et des Inuits de Santé Canada, pharmacies communautaires, Agence de santé publique du Canada, MSSS) a constitué un défi majeur pour la Direction de santé publique de la région.

- Infections invasives à streptocoque du groupe A : En 2007, six cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A ont été déclarés à la Direction de santé publique de la Côte-Nord. Il s'agit d'un nourrisson, d'un adolescent et de quatre adultes. Deux d'entre eux ont présenté une infection grave nécessitant l'administration d'un traitement préventif aux contacts étroits. Toutes les personnes ont bien récupéré.

Éclosions

- Méningite virale : En août 2007, une éclosion de méningite virale (deux cas) est survenue dans un camp de jour fréquenté par des enfants d'âge scolaire. La prise en charge médicale efficace des cas suspects, la mobilisation rapide du réseau et les interventions des professionnels ont permis de limiter le nombre de cas. La présence d'entérovirus a été confirmée par des analyses de laboratoire.

- Gastroentérite virale : Au cours de l'année 2007-2008, trois éclosions de gastroentérite virale ont été déclarées à la Direction de santé publique de la Côte-Nord. Deux d'entre elles ont touché des milieux de soins de longue durée tandis que l'autre a sévit en milieu de garde.

- Diarrhée associée au *Clostridium difficile* : Une seule éclosion de diarrhée associée au *Clostridium difficile* a été déclarée à la Direction de santé publique de la Côte-Nord au cours de l'année. Cette éclosion s'est produite dans un établissement de soins de courte durée où deux cas ont été identifiés. Jusqu'à maintenant, l'analyse des souches de *Clostridium difficile*, effectuée par le Laboratoire de santé publique du Québec, n'a pas permis d'identifier la présence de la souche NAP 1 (North American Pulsovar 1) dans la région. Il s'agit d'une souche hypervirulente, responsable de complications importantes et d'un taux de mortalité élevé.

5.4 Vaccination

CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

Au cours de la dernière campagne de vaccination automnale, 26 500 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées. Afin de se préparer à faire face à la pandémie d'influenza appréhendée, les CSSS ont à nouveau expérimenté des cliniques de vaccination de masse (sans rendez-vous). Une subvention de 114 290 $ leur a été octroyée afin de les soutenir dans la réalisation de ces activités.

Enfin, l'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 91,2 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée et 66,9 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année comparativement à 90,7 % et 67,2 % l'an dernier. Rappelons que l'objectif visé est de 80 %.

VACCINATION DE BASE

Plus de 95 % des enfants âgés de deux ans et 93 % des jeunes d'âge scolaire (maternelle, 4e année du primaire et 3e secondaire) ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation sauf pour la varicelle où l'on obtient un taux de vaccination de 76 % pour les moins de deux ans, et de 76 % pour les enfants de la maternelle, 62 % pour les élèves de la 4e année du primaire et de 40 % chez les étudiants du 3e secondaire. Ce taux de vaccination plus faible s'explique notamment par le fait qu'il s'agit d'un programme de vaccination gratuit implanté en janvier 2006 et au fait qu'il est difficile de comptabiliser le nombre d'élèves réceptifs à la maladie. En effet, on constate que plusieurs formulaires de consentement à la vaccination ne sont pas retournés aux infirmières par les parents des jeunes du primaire et du secondaire. L'objectif visé est de vacciner 95 % des jeunes.

5.5 Faits saillants

Le service des maladies infectieuses a produit et publié trois bulletins d'information *Contamine-Action* destinés à un public spécialisé.

6. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

OBJECTIFS

Les activités de surveillance et d'évaluation réfèrent, d'une part, à la production et à la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique et, d'autre part, à une assistance conseil tant à l'interne qu'auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉSULTATS

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

- La diffusion de trois numéros du bulletin régional *La santé recherchée* :
  - Mon ami, mon village : Un programme communautaire nord-côtier (mai 2007);
  - L'Enquête Santé Côte-Nord 2005 : Un bilan (septembre 2007);
  - La mortalité chez les résidents nord-côtiers de moins de 75 ans – 1984 à 1999 et 2000 à 2003 (octobre 2007);
- La mise à jour de divers fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho, tumeurs, mortinaissances);
- La mise à jour de diverses informations démographiques et sociosanitaires dont le portrait régional de santé et de bien-être et des portraits de santé et de bien-être des réseaux locaux;
- La gestion régionale du Programme de subventions en santé publique (PSSP) qui permet le financement d'études et d'analyses en santé publique.

L'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle

1. PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,95 %	7,68 %	8,04 % (P-11)

Commentaires
L'objectif au regard de la présence au travail ne sera probablement pas atteint car, à la période 11, il est déjà supérieur au ratio visé. Il convient par ailleurs de préciser que, en 2007-2008, les établissements de la région, à l'exception du CSSS de la Haute-Côte-Nord et du CLSC Naskapi, ont amorcé une démarche de diagnostic organisationnel en matière de gestion de la présence au travail. Pour ce faire, les établissements ont bénéficié de l'assistance conseil de l'équipe de santé et sécurité au travail (SST) du MSSS. L'équipe SST du MSSS, lors de visites dans les établissements, a analysé plusieurs dimensions de la gestion de la présence au travail, dont le taux d'absentéisme, l'assurance salaire ainsi que l'approche et les modalités de gestion qui prévalent au sein de l'établissement. À la suite de ces visites, l'équipe SST du MSSS remettra aux établissements inscrits dans cette démarche à l'automne 2008, un état de situation, des recommandations et un plan d'action pour améliorer la gestion de la présence au travail. Enfin, les deux établissements qui n'ont pu bénéficier de ce soutien de l'équipe du MSSS en 2007-2008 seront en mesure de le faire en 2008.

2. MESURES DE CONTRÔLE

En décembre 2002, le MSSS lançait ses orientations ministérielles et un plan d'action relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques. Depuis, les établissements ont travaillé à l'élaboration de leurs protocoles d'utilisation des mesures de contrôle mettant en application les principes préconisés par les orientations. Durant cette période, un comité d'experts, mandaté par le MSSS, élaborait un programme de formation à l'intention des employés œuvrant auprès des clientèles en CHSLD, en centre hospitalier de soins psychiatriques et en centre hospitalier. Cette formation a pour objectif de diminuer et de mieux encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de contention.

À l'automne 2006, deux professionnelles des établissements de la Côte-Nord sont devenues des formatrices régionales et ont formé d'autres formateurs pour agir comme multiplicateurs dans leur établissement respectif. Le plan de déploiement doit rejoindre d'ici trois ans les médecins concernés et au moins 66 % du personnel ayant davantage un rôle à jouer dans l'application des mesures de contrôle (infirmières, infirmières auxiliaires). En 2007-2008, un établissement a offert cette formation à son personnel.

La formation concernant les personnes handicapées n'est pas encore disponible, mais le MSSS prévoit la déployer à l'automne 2008.

3. QUALITÉ DES SERVICES ET TRAITEMENT DES PLAINTES

3.1 Qualité des services

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les modifications législatives (projets de loi no 113 et 83) ont amené de nouvelles exigences aux établissements de santé et de services sociaux dont :

- Déclarer les incidents et les accidents;
- Mettre en place un registre local;
- Divulguer à l'usager les informations nécessaires à la suite d'un accident;
- Offrir un soutien aux victimes et à leurs proches.

Une formation sur les comités de gestion des risques a été offerte aux établissements cette année. Cette formation vise à les soutenir dans la mise en place et le fonctionnement de leur comité. Cette instance doit identifier et analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers, de même qu'en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence.

Pendant l'année, les établissements se sont préparés à l'implantation de deux outils de soutien, soit le nouveau formulaire AH-223 et une solution informatique Web, qui deviendront obligatoires au cours de 2008-2009.

Ces nouveaux outils aideront les établissements dans l'identification des mesures à mettre en place pour prévenir la répétition des incidents et accidents dans la prestation des soins et des services.

AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe compétente qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des normes qui renvoient aux meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services.

Tous les établissements de la Côte-Nord ont sollicité l'agrément auprès des organismes concernés. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles ont reçu la visite des organismes d'agrément au cours de la dernière année.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'enquête et fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2007-2008, nous avons entrepris les démarches suivantes :

- À la suite du rapport d'investigation du coroner Michel Miron sur un décès survenu en novembre 2005 dans un établissement de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Agence de la Côte-Nord, comme toutes les agences du Québec, a été invitée à mettre sur pied un programme de sensibilisation, d'éducation et de prise en charge des patients asthmatiques. Dans la région, seul le CSSS de Sept-Îles possède actuellement un tel programme. L'Agence a indiqué au coroner qu'elle entendait poursuivre les travaux pour consolider les services actuels d'enseignement sur l'asthme et les services actuels à cette clientèle. De plus, un projet d'implantation pour un programme régional d'organisation des services pour les personnes atteintes de maladies chroniques est en élaboration sur la Côte-Nord.
- À la suite d'un rapport sur l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier, le MSSS a demandé à toutes les agences de s'assurer du retrait de toutes les formes d'opiacés injectables à forte concentration des réserves de médicaments dans les unités de soins ainsi qu'à l'urgence. Tous les établissements se sont conformés à cette demande et élaborent actuellement les modalités entourant les protocoles d'utilisation. Cette recommandation visait à prévenir les erreurs dans l'administration des médicaments.

PRIX D'EXCELLENCE

Les prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont une tradition de plus de 25 ans. Le MSSS veut ainsi remercier de façon spéciale les personnes dont les réalisations améliorent de façon significative les services et les soins offerts à la population québécoise. La Côte-Nord a remporté un prix cette année. Le projet soumis par le Club des Citoyens Seniors de Chevery en Basse-Côte-Nord dans la catégorie « impact sur la

communauté » a été récompensé. Cet organisme prépare et livre des repas aux personnes âgées de 60 ans et plus, souffrant de problèmes de santé et ne pouvant compter sur l'aide de leurs proches. Ces personnes âgées sont souvent en situation de vulnérabilité face à la diversité restreinte des denrées et des coûts élevés des aliments frais. Le projet du Club des Citoyens Seniors de Chevery leur permet notamment de manger plus sainement et de briser leur isolement.

3.2 Traitement des plaintes

Le traitement des plaintes est une occasion privilégiée pour le réseau de la santé et des services sociaux d'améliorer les services qu'il offre à la population. La qualité doit être perçue comme l'élément de convergence qui donne toute sa signification aux changements actuels et futurs. Par conséquent, la recherche de la qualité constitue le principal élément de mobilisation de l'ensemble des acteurs de notre réseau, autour de toutes nos orientations, nos actions, nos interventions et réponses aux demandes de services de santé et de services sociaux requis par les usagers du territoire nord-côtier.

Près de 300 plaintes et interventions ont nécessité l'intervention des commissaires aux plaintes et à la qualité de la région au cours de l'année 2007-2008. Bien que l'on observe une légère diminution comparativement à l'année précédente, nous notons tout particulièrement que l'accès à un médecin de famille et les délais d'attente pour l'obtention de services spécialisés demeurent la plus fréquente insatisfaction exprimée par les usagers de tout le territoire.

La politique de subvention pour le déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord continue d'accumuler annuellement sa part importante des plaintes soumises aux établissements et à l'Agence. La totalité des usagers sont d'avis que cette politique demeure nettement peu généreuse pour couvrir l'importance des dépenses occasionnées lors d'un nécessaire déplacement hors région.

Le rapport annuel concernant la procédure d'examen des plaintes permet à tout usager et toute personne intéressés de recevoir l'information en lien avec le travail des commissaires aux plaintes et à la qualité des services des établissements et de l'Agence. Ce rapport a été déposé au conseil d'administration de l'Agence en juin et demeure disponible sur le site Internet.

4. ADAPTATION DES SERVICES SELON LE SEXE

4.1 Condition de vie des femmes

En 2007-2008, le comité santé et bien-être des femmes de la Côte-Nord a démarré ses activités selon la nouvelle politique en matière de condition féminine, soit à partir d'un mandat révisé, permettant de mieux répondre aux orientations ministérielles actuelles, en matière de santé et de bien-être des femmes. Ses stratégies et ses objectifs sont d'intégrer les besoins des femmes à la planification régionale des soins et des services, d'adapter les soins et services selon les besoins de la clientèle, et d'améliorer la connaissance relative à la santé des femmes. Les activités de la Table régionale et le modèle d'analyse différencié selon les sexes seront les outils privilégiés à cet égard lors des travaux qui seront réalisés en 2008-2009.

4.2 Condition de vie des hommes

Dans le cadre des travaux de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines, l'Agence ainsi que ce regroupement ont organisé conjointement les formations « Intervenir auprès des hommes en détresse, volets 1 et 2 », qui visent à développer des habiletés pour comprendre et intervenir efficacement auprès des hommes. Ces formations qui ont eu lieu à Baie-Comeau, Sept-Îles et Port-Cartier s'adressaient notamment aux intervenants de première ligne, dont les travailleurs sociaux et les agents de relations humaines des CSSS ainsi qu'aux représentants du milieu de l'éducation, de la Sûreté du Québec et des organismes communautaires.

Les travaux de la table ont également mené à un deuxième colloque « S'ouvrir aux réalités masculines » tenu en mai 2007. Cet événement a traité plus particulièrement de la surreprésentation des garçons dans la zone d'inadaptation sociale et des questions qui se posent en matière d'accompagnement ainsi que du développement d'un modèle d'intervention favorisant l'intégration, la persévérance et la réussite des garçons aux études.

5. ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord.

Le programme a été révisé en 2006-2007 en collaboration avec les établissements et, en décembre 2007, a reçu l'approbation du gouvernement.

FAITS SAILLANTS

Des projets de formation et de traduction ont été mis en œuvre dans la région au cours de l'année afin de soutenir les objectifs du programme.

Formation

Dans le cadre du Programme de formation linguistique de l'Université McGill, l'Agence a conçu un projet de formation pour l'année 2007-2008 à l'intention du personnel des établissements indiqués au programme d'accès. Onze personnes de trois établissements de la région ont participé à des séances intensives d'anglais langue seconde.

Traduction de l'information pour la clientèle

Un montant de 15 000 $ attribué à la région pour un projet présenté dans le cadre de l'initiative de soutien au réseautage du système de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise du Québec a permis le financement de la traduction de documents sur des procédures d'accès aux services et de documents de soutien aux traitements à l'intention des clientèles d'expression anglaise de la Basse-Côte-Nord.

Les informations financières

CHAPITRE III

La situation budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux

1. ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi serré est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. La cible budgétaire déficitaire pour la Côte-Nord est demeurée la même que pour l'exercice financier 2006-2007, soit 851 998 $.

Trois établissements seulement sont visés par une cible déficitaire spécifique en fonction de situations particulières reconnues antérieurement. Il s'agit du CSSS de la Minganie, du CLSC Naskapi et du CPRCN. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Pour l'exercice 2007-2008, un seul établissement n'a pas respecté l'objectif qui lui était fixé. Le CSSS de la Basse-Côte-Nord a réalisé un déficit de 705 444 $ alors qu'il aurait dû atteindre l'équilibre. Ces résultats sont reliés en grande partie à la situation exceptionnelle vécue par l'établissement. Certains événements ont amené le ministre à décréter une tutelle, à la demande conjointe du conseil d'administration et de l'Agence, tutelle qui demeure toujours en vigueur. Une firme privée a été mandatée pour analyser la performance financière, identifier des pistes de solutions et faire des recommandations pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Tous les autres établissements ont atteint ou amélioré leur performance au chapitre des finances. Le déficit total de l'ensemble des établissements, incluant les surplus, est de 1 010 535 $ pour l'exercice financier 2007-2008. Ce montant dépasse de 158 537 $ la cible autorisée.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chacun des établissements.

	2006-2007			2007-2008		
	Revenu total ($)	**Cible déficitaire autorisée ($)**	**Résultat ($)**	**Revenu total ($)**	**Cible déficitaire autorisée ($)**	**Résultat ($)**
CSSS de la Haute-Côte-Nord	18 150 488		17 396	18 656 174		23 774
CSSS de Manicouagan	66 229 800		0	66 941 487		0
CSSS de Port-Cartier	12 178 054		98 111	12 218 335		210 733
CSSS de Sept-Îles	61 661 985		477 032	65 669 231		272 234
CSSS de la Minganie	19 326 272	(358 000)	(762 310)	19 168 128	(358 000)	(356 669)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	27 609 575		467	30 075 292		(705 444)
CSSS de l'Hématite	7 906 320		28 757	7 834 397		21 558
CLSC Naskapi	3 867 017	(253 998)	(112 674)	4 064 951	(253 998)	(237 427)
CPRCN	42 165 900	(240 000)	(239 287)	42 933 870	(240 000)	(239 294)
TOTAL	**259 095 411**	**(851 998)**	**(492 508)**	**267 561 865**	**(851 998)**	**(1 010 535)**
Cible non distribuée		**0**			**0**	
Cible totale autorisée par le MSSS		**(851 998)**			**(851 998)**	

2. GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Gestion des bâtiments et des équipements**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateur	*Résultat 2006-2007*	*Cible 2007-2008*	*Résultat 2007-2008*
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,84 GJ/m^2	1,71 GJ/m^2	1,9 GJ/m^2

Commentaires

Le 7 février 2007, l'Agence, après avoir fait approuver son Plan d'action régional en efficacité énergétique 2007-2009 par son conseil d'administration, le déposait aux établissements. Ce plan est avant tout un outil de référence et de gestion visant à permettre aux gestionnaires des immeubles ainsi qu'au personnel d'entretien des bâtiments et des équipements, une prise en charge efficace et efficiente des projets en efficacité énergétique. De ce plan, trois projets ayant des potentiels très importants en économie énergétique ont fait l'objet d'un appel d'offres avec des firmes spécialisées dans le domaine (firmes éco-énergétiques). Le MSSS a autorisé ces trois projets.

L'ensemble des travaux en lien avec ces projets seront terminés pour décembre 2008 et permettront, à eux seuls, d'atteindre la cible 2010.

FAITS SAILLANTS

Voici le résumé des projets d'économie d'énergie.

CSSS de Manicouagan

Ce projet comprend des mesures d'économie d'énergie standard (éclairage efficace, conversion du chauffage de la vapeur à l'eau chaude, contrôles centralisés, optimisation de l'opération de la hotte de cuisine) et une mesure innovatrice, soit l'installation d'un système de géothermie avec thermopompe.

Coût des mesures standards	Coût des mesures innovatrices	Gain en GJ
1 347 318 $ (pour des économies annuelles de 217 928 $)	1 332 187 $ (pour des économies annuelles de 115 800 $)	12 857

CSSS de Sept-Îles

Ce projet comprend des mesures d'économie d'énergie standard (éclairage efficace, optimisation de la chaufferie à l'eau chaude, raccordement des chaudières électriques sur le compteur principal, optimisation des réservoirs à eau chaude, thermopompe, contrôles centralisés, optimisation de l'opération de la hotte de cuisine) et une mesure innovatrice soit l'installation de murs solaires.

Coût des mesures standards	Coût des mesures innovatrices	Gain en GJ
2 606 223 $ (pour des économies annuelles de 363 000 $)	66 818 $ (pour des économies annuelles de 5 200 $)	12 012

CSSS de la Basse-Côte-Nord

Ce projet comprend des mesures d'économie d'énergie standard (installation d'une chaudière électrique « hors pointe », réduction de la pression dans le réseau à vapeur, installation de chauffe-eau électriques, optimisation de l'opération de la hotte de cuisine) et deux mesures innovatrices qui sont l'éclairage efficace et la récupération de chaleur avec boucle de glycol et thermopompe.

Coût des mesures standards	Coût des mesures innovatrices	Gain en GJ
332 976 $ (pour des économies annuelles de 63 000 $)	327 956 $ (pour des économies annuelles de 35 500 $)	4 092

3. FONDS RÉGIONAUX

3.1 Immobilisations

Pour 2007-2008, les investissements en immobilisations se répartissent en quatre volets standards et un volet qui concerne l'économie d'énergie.

MAINTIEN D'ACTIFS

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens, ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques, ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 6 524 533 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2007-2008 :

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	431 670
CSSS de Manicouagan	1 489 675
CSSS de Port-Cartier	115 377
CSSS de Sept-Îles	1 475 708
CSSS de la Minganie	872 849
CSSS de l'Hématite	209 662
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 312 315
CLSC Naskapi	35 867
CPRCN	271 332
Agence	141 396
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	168 682
TOTAL	**6 524 533**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins, la diminution des infections nosocomiales ainsi que l'actualisation du Plan d'action régional 2006-2010 sur le vieillissement de la population nord-côtière.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 2 200 677 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2007-2008 :

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Réaménagement de la salle informatique - Pavillon Escoumins	35 000
	Réaménagement des locaux libérés à la suite du départ de l'Émergent - Pavillon Escoumins	25 000
	Réaménagement du poste des infirmières - Pavillon Bergeronnes	26 000
	Robinetteries mains libres, macérateurs ou lave-bassines	45 000
CPRCN	Ajout de huit bureaux (835 Joliet) - financement 2 de 2	65 000
CSSS de Manicouagan	Ophtalmologie phase 1	161 000
	Pharmacie phase 1	85 000
	Travaux de rénovation en CHSLD – conversion des chambres multiples - Centre d'hébergement Boisvert	450 000
CSSS de Port-Cartier	Chambre à pression négative	90 000
	Robinetteries mains libres, macérateurs ou lave-bassines	15 000
CSSS de Sept-Îles	Salon des médecins	30 000
	Réaménagement poste de chirurgie	50 000
	Chambre de soins intermédiaires	40 000
	Pharmacie phase 1	115 000
CSSS de la Minganie	Ventilation bloc opératoire	120 000
	Robinetteries mains libres, macérateurs ou lave-bassines	30 000
CSSS de l'Hématite	Rénovation des locaux de la physiothérapie, du comité des usagers et du syndicat	50 000
	Robinetteries mains libres, macérateurs ou lave-bassines	15 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Clinique externe, urgence et salle d'isolement, phase 1 - financement 3 de 4	261 000
	Robinetteries mains libres, macérateurs ou lave-bassines	30 000
CLSC Naskapi	Réaménagement de l'entrée extérieure du CLSC	20 000
Agence	Travaux de rénovation et de réaménagement de bureaux	28 000
Établissements de la Côte-Nord	Frais de gestion	75 000
	Fonds des études techniques	100 000
	Sécurité et conformité des salles serveurs	239 677
TOTAL		**2 200 677**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE EN CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé 1 100 000 $ pour convertir les chambres multiples en chambres simples au Centre d'hébergement Boisvert du CSSS de Manicouagan.

RÉNOVATION FONCTIONNELLE MAJEURE EN CHSLD

En ce qui a trait au volet rénovation fonctionnelle majeure en CHSLD, aucun montant n'a été autorisé ou officiellement annoncé par le MSSS en 2007-2008. Le projet de déménagement de 35 lits du Pavillon Urgel-Pelletier vers un agrandissement de la Résidence Gustave-Gauvreau du CSSS de Sept-Îles est par contre en analyse pour une annonce éventuelle.

3.2 Équipements

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets.

ENVELOPPE DE MAINTIEN D'ACTIFS 2007-2008

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel pour permettre, à l'établissement, de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement du mobilier, d'équipements généraux et d'équipements médicaux désuets et non fonctionnels. L'acquisition d'équipements de technologie nouvelle est admissible lorsqu'il s'agit de services déjà dispensés par l'établissement sans impact sur le budget de fonctionnement.

L'enveloppe régionale de maintien d'actifs, volet équipements, autorisée par le MSSS en 2007-2008, représente un montant de 1 260 550 $. Ce dernier a été réparti, conformément aux orientations régionales, à 85 % aux établissements et à 15 % au financement du Technocentre régional.

Des crédits totalisant 952 467 $ ont été distribués aux établissements de santé et de services sociaux nord-côtiers, sous forme de subvention forfaitaire. Le solde de 308 083 $ permet d'assurer une partie du financement du Technocentre régional d'un montant de 168 083 $ et de soutenir trois projets régionaux dont la centrale régionale Info-Santé au CSSS de la Minganie pour 52 000 $, le programme de scellement dentaire en milieu scolaire pour 50 000 $ et l'acquisition d'une console spécialisée de télémédecine à Blanc-Sablon d'un montant de 38 000 $.

Rappelons que, depuis 1997-1998, l'Agence a convenu de décentraliser cette enveloppe budgétaire dans les établissements, allégeant ainsi le processus administratif relié à la réalisation des projets. De fait, 85 % de l'enveloppe budgétaire est répartie sous forme d'une subvention forfaitaire à chaque établissement nord-côtier.

Le tableau qui suit rend compte de la répartition entre les établissements.

Établissement	Subvention forfaitaire ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	58 006
CSSS de Manicouagan	308 202
CSSS de Port-Cartier	22 881
CSSS de Sept-Îles	279 734
CSSS de la Minganie	93 413
CSSS de l'Hématite	42 778
CSSS de la Basse-Côte-Nord	88 976
CLSC Naskapi	10 220
CPRCN	48 257
TOTAL	**952 467**

ENVELOPPE EN HAUTE TECHNOLOGIE

À la suite d'un exercice de priorisation régionale, le MSSS a autorisé les projets d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés suivants.

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Manicouagan	Équipement d'ophtalmologie	600 000
CSSS de Port-Cartier	Électrocardiographe	16 000
CSSS de Sept-Îles	Échographe	200 000
	Ventilateurs (2)	110 000
	Équipements cardiorespiratoires	66 000
	Équipements d'endoscopie et chirurgie	102 000
CSSS de la Minganie	Développeur de films en mammographie	50 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Moniteur défibrillateur	20 000
TOTAL		**1 164 000**

3.3 Location d'espace

Ce programme vise à permettre aux établissements non-propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages isolés.

Depuis le 1er août 1996, les crédits nécessaires au financement de ces locations sont inclus dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

De plus, comme l'obligation de loger le personnel découle strictement de l'application des conventions collectives, l'ensemble des opérations liées au logement du personnel ont été décentralisées vers les établissements.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 3 010 239 $ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Établissement	Point de service et autres ($)	Logement de personnel ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	101 642	
CSSS de Manicouagan	16 380	
CSSS de Port-Cartier	26 364	
CSSS de Sept-Îles	2 747	
CSSS de la Minganie	70 639	148 846
CSSS de l'Hématite	27 418	477 776
CSSS de la Basse-Côte-Nord	98 005	911 659
CLSC Naskapi		49 793
CPRCN	1 050 510	28 460
TOTAL	**1 393 705**	**1 616 534**
GRAND TOTAL	**3 010 239**	

3.4 Autorisations d'emprunts

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2008, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2008 ($)	Montant réel emprunté au 31 mars 2008 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	5	14 500 000	13 017 052
Immobilisations (autorisé par l'Agence)	7	360 295	360 295
TOTAL		**14 860 295**	**13 377 347**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour le fonds d'immobilisations est de 1 314 000 $.

Le rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,

Nicole Demers

Le directeur des ressources humaines, financières et matérielles,

Bill Noël

Le rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2008 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 22 mai 2008. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 14 juillet 2008

Les états financiers de l'Agence

1. RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS D'EXPLOITATION		ACTIVITÉS PRINCIPALES		ACTIVITÉS ACCESSOIRES	
		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)	Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
PRODUITS					
Subventions MSSS :					
↦ Budget signifié	01	5 358 540	4 875 458	72 000	72 000
↦ Augmentation du financement	02	246 977	377 002	198 104	195 537
↦ Variation des revenus reportés - MSSS	03	(9 609)	113 804		
TOTAL (L.01 à L.03)	04	5 595 908	5 366 264	270 104	267 537
Revenus d'intérêts	05	35 503	35 388		
Revenus commerciaux	06				
Revenus d'autres sources :					
↦ Contributions de l'avoir-propre	07	36 185	83 661		
↦ Contributions de fonds affectés	08	240 478	352 046		
↦ Contributions du fonds des activités régionalisées	09	9 991	9 577		
↦ Autres	10	369 970	382 333	126 374	132 623
TOTAL (L.04 à L.10)	11	6 288 035	6 229 269	396 478	400 160
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation :					
↦ Salaires - personnel cadre	12	956 382	880 373	160 836	152 220
↦ Salaires - personnel autre	13	2 087 967	1 981 830	108 603	123 767
↦ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	14	191 202	217 698	20 887	25 256
↦ Avantages sociaux généraux - personnel autre	15	434 226	412 448	21 861	19 681
↦ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	16	114 645	72 879		
↦ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	17	60 782	39 046	5 804	957
↦ Charges sociales - personnel cadre	18	120 378	103 060	13 539	13 310
↦ Charges sociales - personnel autre	19	269 000	256 713	14 495	16 400
	20				
↦ Frais de déplacement et d'inscription	21	305 145	289 935	5 391	5 090
↦ Services achetés	22	387 193	521 459	28 641	33 330
↦ Communications	23	167 272	190 624	8 699	5 313
↦ Loyer	24	445 299	704 717		
↦ Location d'équipement	25	35 887	40 798		
↦ Fournitures de bureau	26	53 513	64 451	7 722	4 836
↦ Autres frais	27	146 074	85 791		
↦ Charges non réparties	28	227 076	273 536		

FONDS D'EXPLOITATION		ACTIVITÉS PRINCIPALES		ACTIVITÉS ACCESSOIRES	
		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)	Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS (suite)					
➵ Transferts de frais généraux	29				
➵ Charges extraordinaires	30			2 473	2 567
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.12 à L.30)	31	6 002 041	6 135 358	398 951	402 727
Dépenses d'immobilisations	32	166 064	98 588		
TOTAL (L.31 + L.32)	33	6 168 105	6 233 946	398 951	402 727
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.33)	34	119 930	(4 677)	(2 473)	(2 567)

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 902 316	1 328 572
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	02	(4 894)	
Contributions des établissements	03	37 508	
Revenus d'intérêts	04	34 890	25 466
Contributions du fonds d'exploitation	05	25 715	25 715
Contributions de fonds affectés	06	82 673	162 558
Revenus d'autres sources	07	500 369	586 363
TOTAL (L.01 à L.07)	08	2 578 577	2 128 674
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
↦ Salaires - personnel cadre	09	36 948	42 339
↦ Salaires - personnel autre	10	553 628	485 828
↦ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	11		
↦ Avantages sociaux généraux - personnel autre	12	90 969	84 530
↦ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	13		
↦ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	14	702	975
↦ Charges sociales - personnel cadre	15	3 167	3 483
↦ Charges sociales - personnel autre	16	69 850	61 297
↦ Frais de déplacement et d'inscription	17	105 570	80 514
↦ Services achetés	18	1 230 658	583 762
↦ Communications	19	92 941	36 024
↦ Loyer	20		
↦ Location d'équipement	21	3 519	5 881
↦ Fournitures de bureau	22	15 032	30 659
↦ Autres frais	23	263 792	128 445
↦ Transferts de frais généraux	24		
↦ Contributions au fonds d'exploitation	25	10 671	10 257
↦ Contributions à des fonds affectés	26		
↦ Autres	27	111 288	334 911
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.09 à L.27)	28	2 588 735	1 888 905
Dépenses d'immobilisations	29	128 982	276 200
TOTAL (L.28 + L.29)	30	2 717 717	2 165 105
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.30)	31	(139 140)	(36 431)

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS COMBINÉS		FONDS D'EXPLOITATION		Fonds d'immobilisations ($)	Fonds des activités régionalisées ($)
		Activités principales ($)	Avoir propre ($)		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	3 841	61 573	3 334 697	875 581
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	119 930			
Régularisations - analyse financière	03	1 079	4 677		
	04				
Régularisations - autres	05	6 250		1 484 684	872
	06				
Libération de surplus	07		243		
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :					
↦ Fonds d'exploitation - activités principales	08			166 064	
↦ Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires	09				
↦ Fonds d'exploitation - activités accessoires commerciales	10				
↦ Fonds affectés	11			8 181	
↦ Fonds des activités régionalisées	12			128 982	
Autres	13				13 972
	14				
TOTAL (L.02 à L.14)	15	127 259	4 920	1 787 911	14 844
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		2 473		139 140
Régularisations - analyse financière	17	4 677			
	18				
Régularisations - autres	19	8 500		323 668	
	20				
Libération de surplus	21	243			
Autres	22		36 185		13 913
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	13 420	38 658	323 668	153 053
Variation de l'exercice (L.15 - L.24)	25	113 839	(33 738)	1 464 243	(138 209)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	117 680	27 835	4 798 940	737 372

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS COMBINÉS		FONDS D'EXPLOITATION		Fonds d'immobilisations ($)	Fonds des activités régionalisées ($)
		Activités principales ($)	Avoir propre ($)		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	91 511	64 918	3 694 147	912 012
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02				
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05	8 299		825 480	
	06				
Libération de surplus	07		87 560		
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :					
➵ Fonds d'exploitation - activités principales	08			98 588	
➵ Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires	09				
➵ Fonds d'exploitation - activités accessoires commerciales	10				
➵ Fonds affectés	11			35 037	
➵ Fonds des activités régionalisées	12			276 200	
Autres	13				
	14				
TOTAL (L.02 à L.14)	15	8 299	87 560	1 235 305	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		7 244		36 431
Régularisations - analyse financière	17	3 951			
	18				
Régularisations - autres	19	4 458		1 594 755	
	20				
Libération de surplus	21	87 560			
Autres	22		83 661		
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	95 969	90 905	1 594 755	36 431
Variation de l'exercice (L.15 - L.24)	25	(87 670)	(3 345)	(359 450)	(36 431)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	3 841	61 573	3 334 697	875 581

BILAN

Au 31 mars 2008

FONDS COMBINÉS		FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	
		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)	Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
ACTIF À COURT TERME					
Encaisse	01	575 722	403 635	790 757	701 558
Débiteurs :					
↦ MSSS	02	15 726	105 138	81 918	249 378
↦ Établissements	03	4 141	3 839	153 524	108 607
↦ Fonds d'exploitation	04			9 109	4 695
↦ Fonds des activités régionalisées	05				
↦ Fonds affectés	06	19 551	30 974	370 825	241 697
↦ Autres	07	74 750	103 875	9 990	52 405
Intérêts courus	08				
Taxes à recevoir	09	27 100	38 472	10 002	7 687
Charges payées d'avance	10	38 544	48 520	173 432	133 129
Autres éléments	11				
TOTAL - ACTIF À COURT TERME (L.01 à L.11)	12	755 534	734 453	1 599 557	1 499 156
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	755 534	734 453	1 599 557	1 499 156
PASSIF À COURT TERME					
Découvert de banque	15				22 148
Emprunts de banque	16				
Créditeurs :					
↦ MSSS	17		90 279		
↦ Établissements	18	1 396	4 870		40 515
↦ Fonds d'exploitation	19				
↦ Fonds des activités régionalisées	20	9 876	872		
↦ Fonds affectés	21				
↦ Autres	22	520 008	468 066	215 058	104 563
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	54 169	57 010		
Autres revenus reportés	24	24 570	47 942	517 234	351 715
Autres éléments	25			129 893	104 634
TOTAL - PASSIF À COURT TERME (L.15 à L.25)	26	610 019	669 039	862 185	623 575
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	610 019	669 039	862 185	623 575
Solde de fonds	29	145 515	65 414	737 372	875 581
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	755 534	734 453	1 599 557	1 499 156

BILAN

Au 31 mars 2008

FONDS D'IMMOBILISATIONS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
ACTIF			
	01		
	02		
Immobilisations	03	5 073 725	4 819 381
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	5 073 725	4 819 381
PASSIF À COURT TERME			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07	274 785	1 484 684
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 à L.09)	10	274 785	1 484 684
Solde de fonds	11	4 798 940	3 334 697
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	5 073 725	4 819 381

BILAN

Au 31 mars 2008

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
ACTIF À COURT TERME			
Encaisse	01	2 191 337	1 683 804
Débiteurs :			
➵ MSSS	02	16 659 447	14 520 959
➵ MSSS (subvention pour intérêts sur emprunts)	03	100 570	59 395
➵ Établissements	04	6 482 181	3 679 379
➵ Fonds d'exploitation	05		
➵ Fonds des activités régionalisées	06		
➵ Taxes à recevoir	07		
➵ Autres	08	86 622	59 601
Intérêts courus	09		
Autres éléments	10		
TOTAL - ACTIF À COURT TERME (L.01 à L.10)	11	25 520 157	20 003 138
À long terme - enveloppes décentralisées	12	29 235 812	29 333 928
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 + L.12)	13	54 755 969	49 337 066
PASSIF À COURT TERME			
Découvert de banque	14		52
Emprunts de banque	15	6 507 000	3 698 522
Intérêts sur emprunts à payer	16	100 570	59 395
Créditeurs et charges à payer :			
➵ Établissements	17	15 991 827	13 751 041
➵ Organismes	18	114 646	32 681
➵ Fonds d'exploitation	19	80 603	154 603
➵ Fonds des activités régionalisées	20	391 219	241 697
➵ Autres	21	294 431	149 727
Subventions reportées	22		
Revenus reportés MSSS et crédits régionaux	23		
Autres éléments	24		
TOTAL - PASSIF À COURT TERME (L.14 à L.24)	25	23 480 296	18 087 718
Dette à long terme - enveloppes décentralisées	26	29 235 812	29 333 928
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26)	27	52 716 108	47 421 646
Solde de fonds	28	2 039 861	1 915 420
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.27 + L.28)	29	54 755 969	49 337 066

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde du début	01	1 915 420	1 640 181
Ajustements	02	(59)	
Récupération par le MSSS	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	1 915 361	1 640 181
AUGMENTATION			
MSSS	05	24 112 062	22 986 161
MSSS - crédits régionaux	06	10 000	872 071
Variation des revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	07		
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	1 762 715	2 009 996
Revenus d'intérêts	09	107 220	77 329
Contributions du fonds d'exploitation	10		
Contributions du fonds des activités régionalisées	11		
	12		
Autres	13	1 756 883	1 881 917
TOTAL (L.05 à L.13)	14	27 748 880	27 827 474
DIMINUTION			
Attributions :			
➵ Établissements	15	13 485 577	13 222 132
➵ Organismes	16		5 997
Intérêts sur emprunts	17	1 762 715	2 009 996
Contributions au fonds d'exploitation	18	228 708	513 458
Contributions au fonds des activités régionalisées	19	189 428	191 007
	20		
Charges d'exploitation :			
➵ Salaires	21	29 905	19 992
➵ Avantages sociaux	22	3 250	979
➵ Charges sociales	23	3 973	2 522
➵ Frais de déplacement et d'inscription	24	14 453	29 512
➵ Services achetés	25	22 127	230 390
➵ Location d'équipement	26	3 221	4 088
➵ Fournitures de bureau	27	23 161	34 839
➵ Autres charges d'exploitation	28	3 535	43 067
Dépenses d'immobilisations	29	8 181	35 037
Autres	30	11 846 146	11 209 219
TOTAL (L.15 à L.30)	31	27 624 380	27 552 235
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 - L.31)	32	2 039 861	1 915 420

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2008

ENVELOPPE RÉGIONALE		Exercice courant ($)
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	01	247 270 532
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	224 075 450
Allocations aux organismes communautaires	03	8 945 253
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	250 228
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.02 à L.04)	05	233 270 931
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	10 307 262
Autres	07	3 000
TOTAL (L.05 à L.07)	08	243 581 193
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	3 689 339
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	10	1 731 686
Comptes à payer non signifiés	11	1 133 318
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	12	163 102
Comptes à payer non signifiés	13	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	3 028 106
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	661 233
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	

Compte tenu des changements apportés à la présentation de l'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008, les données ne peuvent être présentées sur une base comparative au prix d'un effort raisonnable.

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS AFFECTÉS DES IMMOBILISATIONS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01		37 194
Ajustements	02		
Récupération par le MSSS	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04		37 194
PROVENANCE			
MSSS	05	10 031 684	10 292 510
Crédits régionaux	06		
Variation des revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	07		
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	130 347	56 820
Revenus d'intérêts	09		
Contributions du fonds d'exploitation	10		
Contributions du fonds des activités régionalisées	11		
Contributions d'autres fonds affectés	12		
Autres	13	13 500	125 370
TOTAL (L.05 à L.13)	14	10 175 531	10 474 700
ATTRIBUTIONS			
Établissements	15	9 816 476	9 941 616
Organismes	16		
Intérêts sur emprunts	17	130 347	56 820
Contributions au fonds d'exploitation	18	228 708	513 458
Contributions au fonds des activités régionalisées	19		
Contributions à d'autres fonds affectés	20		
Charges d'exploitation :			
➵ Salaires	21		
➵ Avantages sociaux	22		
➵ Charges sociales	23		
➵ Frais de déplacement et d'inscription	24		
➵ Services achetés	25		
➵ Location d'équipement	26		
➵ Fournitures de bureau	27		
➵ Autres charges d'exploitation	28		
Dépenses d'immobilisations	29		
Autres	30		
TOTAL (L.15 à L.30)	31	10 175 531	10 511 894
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 - L.31)	32		

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS AFFECTÉS DES ÉQUIPEMENTS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	324 558	39
Ajustements	02		
Récupération par le MSSS	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	324 558	39
PROVENANCE			
MSSS	05	3 332 050	3 485 599
Crédits régionaux	06		
Variation des revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	07		
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	1 632 368	1 953 176
Revenus d'intérêts	09		
Contributions du fonds d'exploitation	10		
Contributions du fonds des activités régionalisées	11		
Contributions d'autres fonds affectés	12		
Autres	13	21 345	68 033
TOTAL (L.05 à L.13)	14	4 985 763	5 506 808
ATTRIBUTIONS			
Établissements	15	3 450 859	3 038 106
Organismes	16		
Intérêts sur emprunts	17	1 632 368	1 953 176
Contributions au fonds d'exploitation	18		
Contributions au fonds des activités régionalisées	19	189 428	191 007
Contributions à d'autres fonds affectés	20		
Charges d'exploitation :			
↦ Salaires	21		
↦ Avantages sociaux	22		
↦ Charges sociales	23		
↦ Frais de déplacement et d'inscription	24		
↦ Services achetés	25		
↦ Location d'équipement	26		
↦ Fournitures de bureau	27		
↦ Autres charges d'exploitation	28		
Dépenses d'immobilisations	29		
Autres	30		
TOTAL (L.15 à L.30)	31	5 272 655	5 182 289
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 - L.31)	32	37 666	324 558

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2008

FONDS AFFECTÉS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS		Exercice courant ($)	Exercice précédent ($)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	658 883	460 305
Ajustements	02		
Solde du début après ajustements (L.01 à L.02)	03	658 883	460 305
PROVENANCE			
MSSS	04	8 475 358	8 116 590
Crédits régionaux	05		
Variation des revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	06		
Revenus autonomes	07	1 622 580	1 540 720
Revenus d'intérêts	08	53 261	32 474
Autres	09	25 392	18 750
TOTAL (L.04 à L.09)	10	10 176 591	9 708 534
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	11	9 248 180	8 588 929
Particularités régionales	12	133 513	182 998
Éléments rectifiables	13	170 015	289 064
Centre de communication santé	14		29 481
Formation	15	114 453	34 590
Assurance qualité	16	142 355	127 475
Allocation de retraite	17	4 302	
Médicaments	18	7 671	4 066
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19		
Attribution à des organismes	20		
Ajustements des années antérieures	21	54 152	44 438
Premiers répondants	22	130 711	152 389
Déplacement des usagers	23		
Charges d'exploitation :			
↦ Salaires	24	16 998	10 448
↦ Avantages sociaux	25	1 099	979
↦ Charges sociales	26	2 157	1 372
↦ Frais de déplacement et d'inscription	27		18
↦ Services achetés	28		4 237
↦ Location d'équipement	29		
↦ Fournitures de bureau	30		4 435
↦ Autres charges d'exploitation	31		
Dépenses d'immobilisations	32	8 181	35 037
Autres	33	8 300	
TOTAL (L.11 à L.33)	34	10 042 087	9 509 956
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.10 - L.34)	35	793 387	658 883

2. NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Conventions comptables en vigueur

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties et les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. De plus, les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ne sont présentés distinctement;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) La dépense d'intérêt sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse;

xiii) Les organismes sous contrôle de l'Agence ne sont pas consolidés.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici une description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté, car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, d'activités régionalisées, d'immobilisations et affectés se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Modifications futures de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, l'Agence appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés quant aux nouveaux chapitres suivants : 3031 - « *Stocks* ». Ce dernier prescrit le traitement comptable des stocks, notamment sur la détermination du coût et sa comptabilisation ultérieure en charges, y compris toute dépréciation jusqu'à la valeur nette de réalisation.

Par ailleurs, l'ICCA a également publié le chapitre 3064 - « *Écarts d'acquisition et actifs incorporels* » en remplacement des chapitres 3062 - « *Écarts d'acquisition et autres actifs incorporels* », et 3450 - « *Frais de recherche et de développement* ». Ce nouveau chapitre établit des normes de comptabilisation, d'évaluation et d'information applicables aux écarts d'acquisition et aux actifs incorporels, y compris les actifs incorporels générés en interne. Ce chapitre s'appliquera aux états financiers des exercices ouverts à compter du 1er octobre 2008.

La direction estime qu'il n'y aura pas d'incidences significatives sur ses états financiers au regard de l'application de ces nouvelles normes.

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2008	2007
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	156 110 $	119 714 $
Produit de disposition d'immobilisations	50 $	385 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	129 753 $	280 133 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	8 181 $	35 037 $

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 23 218 371 $ (2007 : 18 378 425 $) auprès d'une institution financière, au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,15 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,28 %, garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 16 660 439 $ du crédit n'est pas utilisé au 31 mars 2008.

La convention de crédit est renégociable le 12 décembre 2010.

NOTE 5 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE ET HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2008 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2008	2007
Vacances	531 818 $	456 871 $
Congés de maladie	25 021	25 595
Heures supplémentaires	65 849	11 889
	622 688 $	494 355 $

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme des fonds affectés « immobilisations » et « équipements » est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2008	2007
Marge de crédit d'un montant autorisé de 30 000 000 $, portant intérêt à des taux variant entre le taux des acceptations bancaires échéant à 30 jours majoré de 0,30 % et 5,713 %, et à échéance variant entre le 1er décembre 2008 et le 31 mars 2023.	9 131 572 $	11 934 006 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 4,207 % à 9,82 %, payable semestriellement et venant à échéance entre le 7 juillet 2008 et le 31 mars 2023.	20 104 240	17 399 922
	29 235 812	29 333 928
Tranche échéant à moins d'un an	3 880 285	3 963 032
	25 355 527 $	25 370 896 $

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	3 880 285 $
2010	7 321 336 $
2011	2 801 881 $
2012	3 756 148 $
2013	1 596 843 $

NOTE 7 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel. Au 1er janvier 2008, le taux de cotisation pour le RREGOP a augmenté de 7,06 % à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 7,78 % à 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2008 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 214 657 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2009	216 556 $
2010	216 556
2011	212 350
2012	192 296
2013	188 018
2014 et subséquentes	376 036
	1 401 812 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Côte-Nord. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	787 250 $
2010	702 250 $
2011	629 750 $
2012	502 250 $
2013	502 250 $

NOTE 9 - ÉVENTUALITÉ

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de quatre médecins et un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 3 521 000 $ pour quatre d'entre eux. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de ces réclamations ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 11 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. (l'organisme). L'organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services

dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec, et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2008 et 2007 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants (en dollars) :

Situation financière	**2008**	**2007**
Actif à court terme	1 027 933 $	783 867 $
Actif à long terme	10 500 206	10 509 983
	11 528 139 $	11 293 850 $
Passif à court terme	663 914	841 592
Passif à long terme	7 398 395	7 163 874
	8 062 309 $	8 005 466 $
Actifs nets	3 465 830	3 288 384
	11 528 139 $	11 293 850 $

Résultats des activités	**2008**	**2007**
Produits provenant des établissements	2 298 103 $	2 028 917 $
Autres produits	335 731	354 867
	2 633 834	2 383 784
Total des charges d'opération	2 282 866	2 393 452
(Insuffisance) Excédent des produits sur les charges	350 968 $	(9 668) $

Évolution des actifs nets	**2008**	**2007**
Solde au début	3 288 384 $	3 468 283 $
Redressement	-	-
Solde redressé	3 288 384	3 468 283
(Insuffisance) Excédent de l'exercice	350 968	(9 668)
Virement de la réserve affectée pour réparations majeures	(175 810)	(175 802)
Autres	2 288	5 571
	3 465 830 $	3 288 384 $

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 522 546 $ (2007 - 490 584 $).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif. Celles-ci comportent les divergences suivantes avec celles utilisées par l'Agence :

Constatation des produits

L'organisme applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Les apports affectés sont constatés à titre de produits de l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa réception est raisonnablement assurée. Les apports reçus à titre de dotations sont constatés à titre d'augmentations directes des actifs nets.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles acquises sont comptabilisées au coût. Les apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à la juste valeur à la date de l'apport. Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur les durées de vie utiles estimatives suivantes :

Bâtiments	10 ans, 25 ans ou 40 ans
Mobilier et agencement	10 ans
Matériel et équipements informatiques	5 ans
Améliorations locatives	15 ans

Réserve pour réparations majeures

Les produits d'intérêts gagnés grâce à la réserve pour réparations majeures sont constatés comme des augmentations directes des actifs nets. Les contributions de la réserve aux charges de l'exercice sont constatées à titre de produit.

NOTE 12 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certains chiffres de l'exercice 2007 ont été reclassés pour les rendre conformes à la présentation adoptée en 2008.

Code d'éthique et de déontologie

ANNEXE A

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;

3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale (CMR) et d'un avis du Département régional de médecine générale (DRMG);

4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;

5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les

administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

   Notamment, il :

   - traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
   - traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
   - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
   - prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

   L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

c) « **Code** » désigne le présent Code;

d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

    Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

    Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

    L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

    L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :

a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;

b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;

c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;

d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2007-2008

ANNEXE B

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2007-2008

1.1 - SANTÉ PUBLIQUE

Programme : *Prévention et contrôle des infections nosocomiales* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Mettre en place les activités requises pour contrer les infections nosocomiales, notamment :												
▸ Consolider les ressources professionnelles lors d'éclosions ou de remplacement	Confirmation de la consolidation des ressources additionnelles	31 mars 2008	N/A	Oui	N/A	Oui	N/A	N/A	N/A			
▸ Participer aux activités de formation : Congrès annuel de l'APIC, Journée annuelle en prévention des infections	Confirmation de la participation à l'une ou à l'autre de ces activités		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Consolidation des ressources en prévention et contrôle des infections nosocomiales (en lien avec l'indicateur P1) :												
▸ Déployer les activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales dans les milieux de soins de longue durée de l'établissement	État de situation	31 mars 2008		Oui		Oui						
▸ Répondre aux demandes ponctuelles provenant du secteur communautaire				N/A		N/A						
▸ Répondre aux demandes ponctuelles provenant d'autres établissements de santé et de services sociaux ou d'organismes divers situés sur le territoire desservi par l'établissement (exemples : CPRCN et cliniques médicales)				Oui		Oui						
▸ Assurer un rôle d'expertise-conseil et de soutien à distance auprès des plus petits établissements du secteur ouest de la région				N/A								
▸ Assurer un rôle d'expertise-conseil et de soutien à distance auprès des plus petits établissements du secteur est de la région						Oui						
▸ De façon exceptionnelle, soutenir sur place les plus petits établissements du secteur ouest de la région dans l'évaluation, l'intervention et le suivi de situations critiques reliées aux infections nosocomiales (exemples : éclosions ou épidémies)				N/A								
▸ De façon exceptionnelle, soutenir sur place les plus petits établissements du secteur est de la région dans l'évaluation, l'intervention et le suivi de situations critiques reliées aux infections nosocomiales (exemples : éclosions ou épidémies)						Oui						

Programme : *Application du Plan québécois de lutte contre le tabagisme* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Intervention en cessation tabagique :												
▸ Confirmation du nombre de fumeurs ayant reçu des services au CAT	Confirmation	31 mars 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			

Programme : *Application du Plan d'action en saines habitudes de vie* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Collaboration aux activités régionales de promotion - prévention (nombre de milieux rencontrés, nombre d'interventions réalisées)	Confirmation	31 mars 2008								Oui		

Programme : *Santé dentaire* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Application du Plan d'action en santé dentaire	Confirmation	31 mars 2008		Oui								

Programme : *École en santé* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
▸ Participer à la mise en place et aux travaux du plan de déploiement régional et local de l'approche École en santé dans le cadre du mécanisme local MSSS-MELS	À la demande de l'Agence, fournir les données requises à la production d'un bilan annuel devant être déposé à la TRIPPS	Selon la demande	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
▸ Maintenir la fonction d'accompagnateur École en santé			Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
▸ Participer aux activités du réseau régional des accompagnateurs École en santé			Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
▸ Soutenir la mise en œuvre de l'approche École en santé dans les écoles qui le souhaitent			Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			

Programme : *Vaccination* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Expérimenter des cliniques de vaccination de masse (sans rendez-vous)	Bilan des activités réalisées	31 mars 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	N/A		

Programme : *Développement social* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Participation aux chantiers locaux en développement social	État de situation	31 mars 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			

1.2 - SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Programme : Info-Santé Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Ajouter deux infirmières pour une période de six mois afin de soutenir le service Info-Santé pour qu'il atteigne l'objectif du Ministère.	Confirmation de l'embauche des infirmières	31 mars 2008					Oui					
Financement des frais additionnels pour la ligne téléphonique et la mise à jour du répertoire des ressources à la centrale Info Santé	Mise à jour du répertoire des ressources pour la Côte-Nord	31 mars 2008					Oui					

1.3 - PERTE D'AUTONOMIE LIEE AU VIEILLISSEMENT

Programme : Qualité des services Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Adopter une procédure pour le règlement des mésententes et nommer une personne responsable de l'application de cette procédure.	Dépôt à l'Agence de la procédure	Au plus tard le 15 septembre 2007	Non					Oui				
Le bilan mettant à jour l'état d'avancement des travaux d'implantation des orientations - milieu de vie - dans les CHSLD ainsi que la mise en application des recommandations à la suite des visites d'appréciation de la qualité, le cas échéant.	Bilan au 31 mars de chaque année	31 mars 2008 ou plus tard 16 avril 2008	Oui		Oui			Oui				

Programme : Plan d'action 2005-2010 Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Assurer l'avancement de la mise en œuvre des mesures inscrites dans le Plan d'action du Québec 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie ainsi que dans celui de la Côte-Nord 2006-2010 sur le vieillissement de la population :												
▸ Rapport décrivant le modèle retenu de RSIPA, le plan de déploiement, les besoins financiers et son échéancier et un état d'avancement à jour	Dépôt à l'Agence d'un bilan	Mars 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui				
▸ Profils ISO-SMAF de l'usager inscrits dans IMAGES pour chaque nouvelle demande d'hébergement	Données inscrites à IMAGES	À compter du 1 octobre 2007	Non	Non	Non	Non	Non	Non				
▸ Soutenir les organismes d'habitation sociale dans la présentation d'un projet de partenariat avec leur établissement.	Protocole d'entente tripartite CSSS - Organisme - Agence	Mars 2008										
▸ Implantation de Tables locales multisectorielles pour contrer les abus et les mauvais traitements à l'endroit des aînés	Présence d'une Table multisectorielle identification d'un organisme fiduciaire Présentation d'un plan d'action	Mars 2008	Suivi	Suivi	Suivi	Suivi	Suivi	Oui				

Programme : Hébergement - mesures de contrôle Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Programme de formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* qui permettra de rejoindre le personnel ciblé sur une période maximale de 3 ans.	Dépôt à l'Agence du plan de diffusion de la formation	Le plus tôt possible	Non	Oui	Non		Non	Non	Non			
Programme de formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* qui permettra de rejoindre le personnel ciblé sur une période maximale de 3 ans.	Dépôt à l'Agence du plan de diffusion de la formation	Au plus tard le 31 mars 2008				Non						

Programme : Hébergement Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Implanter 4 lits de répit, de dépannage, de convalescence et d'évaluation dans les locaux du CHSLD de Bergeronnes, en collaboration avec un organisme communautaire du territoire.	Entente de service spécifique avec un organisme communautaire	31 mars 2008	Non									En processus d'implantation
CHSLD - 5 lits additionnels au CSSS de Sept-Îles	Modification au permis	Au plus tard le 31 mars 2008				Non						

Programme : Ressources intermédiaires Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Ressource intermédiaire - développement de 5 places en Haute-Côte-Nord	Accréditation de la ressource	15 novembre 2007	Oui									
Consolidation du financement - Résidence Pie XII	Sans objet	Sans objet		Oui								

1.4 - DÉFICIENCE PHYSIQUE

Programme : Besoins spécifiques des usagers Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Financement afin de compenser les dépenses encourues pour l'encadrement intensif d'un usager au Centre d'hébergement Boisvert.	Confirmation de la présence de l'usager et présentation d'un projet d'hébergement non institutionnel	Décembre 2007		Non								Client présent à l'établissement. Projet à venir.

Programme : Hébergement Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Financement de la ressource intermédiaire de 6 places à Sept-Îles (Répit Richelieu) dédiée à une clientèle de 15 à 25 ans ayant des problèmes de déficience motrice.	Sans objet	Sans objet				Oui						
Financement d'une place de répit dépannage « la ressource intermédiaire Répit Richelieu à Sept-Îles dédiée à une clientèle de 15 à 25 ans ayant des problèmes de déficience motrice.	Contrat CSSS - Organisme	Mars 2008				Oui						

Programme : *Transport et hébergement* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Étude de besoins sur le transport et l'hébergement pour personnes handicapées	Rapport d'étude	31 mars 2008									Non	

1.5 - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Programme : *Attente à l'évaluation diagnostique pour la clientèle TED* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Fournir les statistiques suivantes pour la période du 1er avril au 31 mars de l'année financière :												
▸ Nombre d'enfants de 0 à 5 ans en attente d'une évaluation, par tranche d'âge	Grille fournie par l'Agence	Au plus tard le 16 mai 2008		Oui		Oui						
▸ Délai moyen d'attente (en jours)				Oui		Oui						
▸ Provenance extra régionale des enfants en attente à l'évaluation diagnostique, par région d'origine				Oui		Oui						

Programme : *Service d'intervention comportementale intensive (ICI)* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Fournir les statistiques suivantes pour la période du 1er avril au 31 mars de l'année financière :												
▸ Nombre d'enfants de 0 à 5 ans en attente d'un service d'intervention comportementale intensive (ICI), par tranche d'âge	Grille fournie par l'Agence	Au plus tard le 16 mai 2008									Oui	
▸ Délai moyen d'attente (en jours)											Oui	
▸ Provenance extra régionale des enfants en attente de service d'intervention comportementale intensive (ICI), par région d'origine											Oui	

1.6 - JEUNES EN DIFFICULTÉ

Programme : *Équinoxe - Intervention de crise* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Financement de 2 postes dans la MRC de Sept-Rivières (1 récurrent et 1 non récurrent)	Sans objet	Sans objet				Oui						

Programme : *Équipe intervention jeunesse (EIJ)* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Maintenir les services de l'équipe intervention jeunesse	Rapport d'étape	31 mars 2008				Oui						

Programme : *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Participer à la collecte de données régionales SIPPE	Compléter la grille fournie par l'Agence	31 mars 2008										

Programme : *SIPPE (PSIJP et NEGS)* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Déployer les SIPPE dans le territoire du CLSC Naskapi (consolidation de postes)	Confirmation	31 mars 2008								Sure		

Programme : *Clientèle jeunes multiproblématique* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Consolidation du financement de la résidence Braud											Oui	

1.7 - DÉPENDANCES

Programme : *Alcochoix et actions préventives sur les dépendances* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Programme Alcochoix + : Combler l'écart pour atteindre 0,1 ETC par CSSS	Implantation du programme Alcochoix +	31 mars 2008										
Programmes Alcochoix et Transmission générationnelle : intégrer de façon récurrente aux budgets des établissements, le financement de ces programmes.	Implantation du programme Alcochoix +	31 mars 2008										

1.8 - SANTÉ MENTALE

Programme : *Ressources d'hébergement* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hematite	Naskapi	CPRCN	Commentaire
Développement de places en ressource de type familial (RTF)	Accréditation des ressources	20 décembre 2007	Oui									

Programme : *Séjour sur civière à l'urgence* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Garde psychosociale	Rapport d'étape	31 mars 2008		Suivi		Suivi						

1.9 - SANTÉ PHYSIQUE

Programme : *Maladies chroniques* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Implanter une stratégie d'action pour la prévention, le suivi et l'enseignement à la clientèle. Mettre en place un programme de suivi systématique de clientèles selon un modèle d'infirmière pivot en maladies chroniques.	Transmettre à l'Agence le nombre de personnes atteintes d'une MPOC ayant reçu des services, le nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et/ou d'asthme rejointes et ayant bénéficié du suivi systématique. Transmettre le nombre moyen d'interventions par personnes différentes atteintes d'une MPOC ayant reçu des services	31 mars 2008	Non									

Programme : *Accoucher loin de son milieu de vie* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Financement permettant de rejoindre des nouvelles familles	Confirmer le nombre de familles rejointes	31 mars 2008					Non	Non	Non			Minganie : 11 nouvelles familles Basse-Côte-Nord : 5 nouvelles familles Hématite : 9 nouvelles familles

PROGRAMMES-SERVICES : MULTICLIENTÈLE

Programme : *Allocation directe pour les personnes handicapées* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Porter le tarif horaire du chèque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe pour les personnes handicapées de 8,05 $ à 10,00 $ pour une augmentation de 1,95 $ de l'heure, au 1er avril 2007, tel que précisé dans la lettre de madame Nicole Demers en date du 31 août 2007.	Majoration du tarif horaire au 1er avril 2007	À la réception du financement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		

Programme : *Soutien aux organismes d'habitation sociale* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Soutenir les organismes d'habitation sociale dans la présentation d'un projet de partenariat avec leur établissement	Protocole d'entente tripartite CSSS - Organisme - Agence	Mars 2008										

2.1 - ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

Programme : *Sécurité des actifs informationnels* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Transmettre à l'Agence un Plan directeur de la sécurité des actifs informationnels adopté par le conseil d'administration de l'établissement	Plan directeur	31 décembre 2007		Oui								
Transmettre à la coordonnatrice régionale de la sécurité des actifs informationnels les données provisoires du bilan annuel de l'établissement concernant les activités réalisées en lien avec le cadre global et les incidents en matière de sécurité des actifs informationnels	Données provisoires du bilan annuel de l'établissement	31 mars 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Déposer à la coordonnatrice régionale de la sécurité des actifs informationnels, à la suite de l'adoption du conseil d'administration de l'établissement, un bilan annuel des activités et des incidents en matière de sécurité des actifs informationnels.	Bilan annuel	30 juin 2008	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Le CSSS de Manicouagan a déposé un bilan de sécurité des actifs informationnels qui n'a cependant pas fait l'objet d'une adoption au conseil d'administration au 30 juin 2008.

REDDITION DE COMPTES

Programme : *I-CLSC* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Transmettre à la RAMQ les données saisies dans I-CLSC selon le calendrier prévu aux ententes de gestion et d'imputabilité	Transmission des données	31 mars 2007								Non		

Légende :

Situation ne s'applique pas pour l'établissement

Démarche reportée par l'Agence

Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2007

ANNEXE C

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2007 SELON LES TERRITOIRES DE CSSS ET LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hématite	CLSC Naskapi	TOTAL CÔTE-NORD		
									2007	2006	2005
Maladies entériques											
Amibiase	1								1	2	1
Cryptospiridiose		1							1		
Cyclosporose											1
Gastroentérite épidémique						1			1		
Gastroentérite à *Yersinia entérocolitica*	1								1		4
Giardiase	4			1					5	6	12
Hépatite A		1							1	2	
Infection à campylobacter	4	8		3	1				17 *	16	19
Listériose		1	1		1				3	2	
Salmonellose		3	2	4		3	1		13	18	16
Shigellose		1							1	2	1
Toxi-infection alimentaire (mollusques)										2	
Infections transmissibles sexuellement et par le sang											
Hépatite B (porteur chronique)										3	5
Hépatite C		3	2	4					9	17	10
Hépatite Delta			1						1		
Infection à *Chlamydia trachomatis*	9	65	12	92	41	28	16	17	304 **	261	315
Infection gonococcique		1	1	2		1			5		1
Syphilis latente tardive				1					1	1	1
Maladies évitables par l'immunisation											
Coqueluche				1					1	2	1
Infection invasive à méningocoque				1					1	2	
Infection invasive à *Haemophilus influenzae* non b		1							1		
Infection invasive à *Streptocoque pneumoniae*	2	4		4					10	7	25
Autres											
Infection à plasmodium (paludisme)										1	
Infection invasive à streptocoque du groupe A		5				1			6	1	6
Psittacose	1								1		
Tuberculose				11					11	2	2
Tularémie											2
TOTAL	**22**	**94**	**19**	**124**	**43**	**34**	**17**	**17**	**395 *****	**346**	**422**

* Le territoire de CSSS n'a pu être identifié pour 1 cas déclaré
** Le territoire de CSSS n'a pu être identifié pour 24 cas déclarés
*** Incluant les 25 cas dont le territoire de CSSS n'a pu être identifié

Source : Registre provincial des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec, Région Côte-Nord, 1er janvier au 31 décembre 2007

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2007 SELON LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES DE LA RÉGION CÔTE-NORD

Maladie et intoxication	Essipit	Betsiamites	Maliotenam	Uashat	Mingan	Natashquan	Matimekosh	Kawawachikamach	Pakuashipi	La Romaine	Total
Chlamydiose génitale	1	27	9	33	10	21	8	17	5	23	154
Hépatite C				1							1
Infection à streptocoque A		2								1	3
Infection à *Streptocoque pneumoniae*		1		1							2
Infection gonococcique				1							1
Infection à méningocoque				1							1
Listériose						1					1
Salmonellose										1	1
Tuberculose			10								10
TOTAL	**1**	**30**	**19**	**37**	**10**	**22**	**8**	**17**	**5**	**25**	**174**

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone: (418) 589-9845
Télécopieur: (418) 589-8574